



HAL
open science

La chirurgie ambulatoire dans le service d'ORL du CHU Bicêtre : rétrospective depuis 2000 et capacité de développement

Florent Manach

► To cite this version:

Florent Manach. La chirurgie ambulatoire dans le service d'ORL du CHU Bicêtre : rétrospective depuis 2000 et capacité de développement. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01490519

HAL Id: dumas-01490519

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490519>

Submitted on 15 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 45

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La chirurgie ambulatoire dans le service d'ORL du CHU Bicêtre :
rétrospective depuis 2000 et capacité de développement

Présentée et soutenue publiquement
le 18 avril 2016

Par

Florent MANACH

Né le 6 décembre 1984 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Catherine Nowak, PH

Jury :

M. Le Professeur Serge Bobin, PU-PH Président

Mme Le Professeur Françoise Denoyelle, PU-PH

M. Le Professeur André Coste, PU-PH

Mme Le Docteur Marie Frank-Soltysiak, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au Docteur Catherine Nowak, à ses connaissances abyssales anatomiques et chirurgicales de l'oreille et pas uniquement concernant l'artère subarquata, à ses cours privés avec mon co-interne à Bicêtre, à sa gentillesse, à sa patience à toute épreuve dont je n'ai pu atteindre les limites malgré ces derniers jours d'écriture, à ces soirées studieuses bien que nocturnes dans son bureau et au plaisir de l'idée de la retrouver dans quelques mois...

Au Professeur Serge Bobin, pour avoir bien voulu accepter de faire partie du Jury et d'y jouer le rôle de Président

A l'ensemble des membres du Jury, le Professeur Denoyelle, le Professeur Coste et le Docteur Frank-Soltysiak pour avoir accepté de faire partie du jury et pour avoir trouvé le temps de participer à la présentation de ce travail malgré le coté tardif de ma requête

A mes maîtres d'internat et chefs de Service : le Professeur Couloigner, le Professeur Chabolle, le Professeur Herman, le Docteur Laporte, le Docteur Salvan, le Professeur Scatton, le Professeur Soubrane, le Professeur Valeur

A mes séniors : le Professeur Charrier, le Professeur Kania, le Docteur Pierrot, le Docteur Sauvaget, le Docteur Brugel, le Docteur Gauthier, le Docteur Hanss, le Docteur Bequignon, le Docteur Escabasse, le Docteur Bedbeder, le Docteur Ratovo, le Docteur Wagner, le Docteur Racy, le Docteur de Gaudemar

A mes chefs de clinique : Claire, Laurence, Emilie, Benjamin, Pierre, Huong, Mary (court mais intense..), Jérôme (qui a cumulé les mandats pour encadrer mon master II, mais quand on se régale, on ne compte pas..), Lya

A mes co-internes : Claire (tiens on l'a déjà dit non ?), Jako, Marine, Mathieu, Louise, Elise, Riri, Franchois, Héloïse (égarée en viscérale), Thierry (lui aussi tiens.. RIP), Celeste, Tonio, Juliette, Manu (ma jumelle), Olivia

A mes amis, à ma famille, à tous ceux que j'ai omis mais il est 3h du matin, je rends ce travail demain et je dois encore finir la discussion...

Et bien sûr à Emilie...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
TABLE DES MATIERES	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I : GENERALITES.....	9
1. DEFINITIONS	10
1.1 Internationale.....	10
1.2 Française.....	10
1.3 Différences.....	11
2 HISTOIRE.....	11
2.1 Début du 20 ^{ème} siècle.....	11
2.2 1970 : essor aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne	13
2.2.1 Aux Etats-Unis.....	13
2.2.2 En Grande-Bretagne	14
2.3 Un démarrage tardif en Europe.....	14
2.4 Un retard structurel en France	15
3 REGLEMENTATION EN FRANCE	15
3.1 Conférence de consensus du 22, 23 et 24 mars 1993.....	15
3.2 Définition règlementaire.....	16
3.3 Réglementation spécifique du fonctionnement ambulatoire.....	17
3.4 Une activité soumise à autorisation.....	17
3.5 Le personnel.....	17
3.6 Un médecin coordonnateur	18
3.7 Une obligation de continuité des soins.....	20
3.8 Responsabilité médico-légale de la structure.....	20
3.9 Documents remis au patient	21
4 TARIFICATION	21
4.1 La classification des séjours.....	21
4.2 La détermination des tarifs des GHS.....	22
4.3 Avantages et limites de la tarification à l'activité.....	23
4.4 Tarification de la chirurgie ambulatoire.....	24
4.4.1 Modifications successives dans le codage des séjours de chirurgie ambulatoire dans la T2A.....	24
4.4.2 Règles tarifaires actuelles incitatives	25
5 QUELS ACTES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE ?.....	28
5.1 Les gestes réalisables en chirurgie ambulatoire	28
5.2 Gestes marqueurs et Mise Sous Accord Préalable.....	29
6 LES STRUCTURES	30
6.1 Ouverture de nouvelles structures.....	30
6.2 Organisation.....	32
6.2.1 Les centres indépendants	32
6.2.2 Les centres satellites.....	33
6.2.3 Les centres intégrés.....	33
6.2.4 Les structures de fonctionnement autonome	33
7 L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE BICETRE.....	34
PARTIE II : MATERIEL ET METHODES.....	37

PARTIE III : RESULTATS	40
1. EVOLUTION DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE AU SEIN DE L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'HOPITAL BICETRE EN ORL DE 2000 A 2014	41
1.1 <i>Activité globale</i>	41
1.1.1 Nombre d'actes.....	42
1.1.2 Nombre d'annulations.....	43
1.1.3 Nombre d'échec d'ambulatoire ou taux de repli.....	45
1.2 <i>Activité ambulatoire en fonction des actes</i>	47
1.2.1 Amygdalectomie, aérateurs transtympanique et adénoïdectomie.....	47
1.2.2 Activité ambulatoire en otologie.....	48
1.2.3 Activité ambulatoire en rhinologie.....	49
1.2.4 Autre activité ambulatoire remarquable en ORL	50
2 POTENTIEL DE TRANSFERT VERS L'AMBULATOIRE DES ACTES PROGRAMMES EN ORL DU 1 ^{ER} MARS 2015 AU 31 DECEMBRE 2015 A L'HOPITAL BICETRE	52
2.1 <i>Etat des lieux</i>	52
2.1.1 Activité globale	52
2.1.2 Activité au bloc commun	54
2.1.3 Activité en UCA	55
2.2 <i>Répartition des activités par types d'actes</i>	56
2.2.1 Amygdalectomie, adénoïdectomie, aérateurs transtympaniques.....	58
2.2.2 Actes rhinologiques.....	58
2.2.3 Actes otologiques.....	58
2.2.4 Autres actes.....	58
2.3 <i>Potentiel de transfert du bloc commun vers l'UCA</i>	59
2.3.1 Critères de contre-indication à l'ambulatoire.....	59
2.3.2 Raisons de non programmation en UCA d'un acte pouvant être pris en charge en ambulatoire.....	61
2.3.3 Actes transférables en ambulatoire.....	62
2.3.4 Organisation du transfert en UCA	63
2.3.4.1 Analyse des besoins.....	63
2.3.4.2 Nombre de vacations nécessaires à l'accueil de l'activité transférable.....	63
PARTIE IV : DISCUSSION	65
1. ACTIVITE CHIRURGICALE DE L'UCA ENTRE 2000 ET 2014.....	66
1.1 <i>Les limites du recueil de l'activité chirurgicale de l'UCA entre 2000 et 2014</i>	66
1.2 <i>Problèmes posés par les annulations</i>	66
1.3 <i>Evolution de l'activité chirurgicale : stagnation de l'activité à l'UCA ?</i>	69
1.4 <i>Avantages et limites des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire</i>	70
2 POTENTIEL DE TRANSFERT EN AMBULATOIRE DES ACTES PROGRAMMES ENTRE LE 1 ^{ER} MARS ET LE 31 DECEMBRE 2015.....	71
2.1 <i>Les limites du recueil de données</i>	71
2.2 <i>Faisabilité des actes transférables en ambulatoire dans la littérature</i>	71
2.3 <i>Mesures pour développer les actes ambulatoires</i>	74
2.3.1 Logistiques	74
2.3.2 Vacances.....	74
2.4 <i>Conséquences sur l'hospitalisation conventionnelle et le bloc commun</i>	76
2.5 <i>Les objectifs nationaux sont-ils-atteignables ?</i>	77
2.6 <i>Quelles sont les réelles économies ?</i>	80
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXES	88
1. SCORE D'ALDRETE	89
2. EXEMPLE DE FICHE DE RECUEIL.....	90

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : A. Nombre d'actes effectués par an par le service d'ORL au bloc commun et en UCA B. Evolution de la part d'activité à l'UCA dans l'activité chirurgicale globale de l'ORL en fonction des années</i>	41
<i>Figure 2 : A. Taux d'occupation des salles du bloc commun en fonction des années B. Taux d'occupation des salles de l'UCA en fonction des années</i>	42
<i>Figure 3 : Nombre d'actes effectués à l'UCA de 2000 à 2014</i>	42
<i>Figure 4 : Nombre de vacances allouées à l'ORL en fonction des années</i>	43
<i>Figure 5 : Nombre d'actes annulés par année entre 2001 et 2014</i>	44
<i>Figure 6 : Taux d'annulation des actes en ambulatoire par année entre 2001 et 2014</i>	44
<i>Figure 7 : Délai entre l'annulation et la date opératoire en chirurgie ambulatoire d'ORL</i>	44
<i>Figure 8 : Causes des annulations des actes de chirurgie ambulatoire en ORL entre 2000 et 2014</i>	45
<i>Figure 9 : Pourcentage d'échec d'ambulatoire par année par rapport au nombre d'actes effectués</i>	46
<i>Figure 10 : Causes des échecs de chirurgie ambulatoire en ORL</i>	46
<i>Figure 11 : Nombres d'actes amygdalectomie, VG, ATT seul ou associé en fonction des années</i>	48
<i>Figure 12 : Evolution de l'activité ambulatoire en otologie acte par acte en fonction des années de 2000 à 2014</i>	49
<i>Figure 13 : Evolution de l'activité en rhinologie acte par acte de 2000 à 2014</i>	50
<i>Figure 14 : Activité ambulatoire de sialendoscopie de 2009 à 2014</i>	51
<i>Figure 15 : Contre-indications à la prise en charge ambulatoire pour les actes programmés au bloc commun entre mars et décembre 2015</i>	60
<i>Figure 16 : Raisons pour lesquelles un acte pouvant être pris en charge en ambulatoire est réalisé au bloc commun entre mars et décembre 2015</i>	61
<i>Tableau 1 : Listes des principaux actes réalisés en UCA entre 2000 et 2014</i>	47
<i>Tableau 2 : Liste et nombre d'actes programmés de mars à décembre 2015</i>	53
<i>Tableau 3 : Liste et pourcentages des actes programmés au bloc commun entre mars et décembre 2015</i>	54
<i>Tableau 4 : Listes et pourcentages des actes programmés en UCA entre mars et décembre 2015</i>	56
<i>Tableau 5 : Répartition des actes en UCA et au bloc commun</i>	57
<i>Tableau 6 : Liste d'actes transférables en UCA</i>	62
<i>Tableau 7 : Calcul du temps nécessaire à l'accueil des actes transférables en UCA en minutes</i>	64
<i>Tableau 8 : Evolution attendue du taux d'activité ambulatoire avant et après le transfert des actes transférables du bloc commun à l'UCA</i>	78

ABREVIATIONS

AA	Amygdalectomie
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATT	Aérateurs Trans-Tympanique
BAHA	<i>Bone-Anchored Hearing Aid</i>
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CMA	Complications et Morbidités Associées
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CSP	Code de Santé Publique
DCR	Dacryo-Cysto-Rhinostomie
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées
ENC	Etude Nationale des Coûts
ENCC	Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
IAAS	<i>International Association of Ambulatory Surgery</i>
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LES	Laryngoscopie en suspension
Max	Maximum
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
Min	Minimum
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PEA	Potentiels Evoqués Auditifs
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RFOPN	Réduction de Fracture des Os Propres du Nez
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAOS	Syndrome d'Apnée du Sommeil
SFORL	Société Française d'ORL
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
T2A	Tarifcation à l'activité
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
Vg	Adénoïdectomie

INTRODUCTION

La tendance vers un raccourcissement des temps d'hospitalisation notamment en chirurgie s'inscrit définitivement dans une démarche d'optimisation de santé publique. En effet les cibles d'une activité ambulatoire supérieure à 50% à horizon 2016 et de 66,2% à horizon 2020 ont été retenues à l'échelle du territoire [1], pour une activité ambulatoire globale atteignant 32,3% en 2007 et 42,7% en 2012.

En Ile de France, la chirurgie ambulatoire concernait 41,5% de l'activité chirurgicale en 2011. Actuellement l'AP-HP présente en 2015 un taux de chirurgie ambulatoire de 28%, avec une augmentation de la part ambulatoire de +50,4% entre 2005 et 2010 (de 13,2% à 20,5%) [2]. L'AP-HP s'est par ailleurs fixé un objectif de 45% en 2019.

Le développement de la chirurgie ambulatoire serait bénéfique à la fois pour le patient, les opérateurs et l'organisme de santé avec une réduction des coûts par la diminution des durées de séjour, l'optimisation du temps de bloc opératoire, pour le patient un confort amélioré, une diminution des délais de prise en charge et une diminution des risques d'infections nosocomiales (risque relatif de 0,28 en cas de prise en charge ambulatoire [3]). L'accompagnement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de 38 établissements en Ile de France dans le développement de leur activité ambulatoire a permis un gain financier annualisé pour l'Assurance Maladie estimé à 400 000 euros. [2].

L'époque actuelle se prête donc très volontiers au développement de la chirurgie ambulatoire, notamment en France. La prise de conscience publique de la nécessité de réaliser des économies de santé à l'échelle nationale et les progrès récents portant sur les techniques anesthésiques et chirurgicales, rendent de plus en plus d'interventions éligibles à une prise en charge ambulatoire.

Pour assurer le bon fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire et éviter une hospitalisation à J-0 ou une réadmission, il faut parfaitement sélectionner les patients éligibles à ce mode de prise en charge. Certaines Sociétés Savantes d'anesthésie et de chirurgie ont émis des recommandations de bonnes pratiques sans établir de listes d'actes à effectuer en ambulatoire. En effet, c'est le patient et sa capacité à assumer sa prise en charge à domicile qui déterminent le mode de prise en charge et non pas l'acte lui même. De même, la structure et ses intervenants doivent pouvoir assurer le circuit.

En France, le développement de la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui favorisé par des incitations financières qui rémunèrent de façon avantageuse les séjours

concernés [4]. Une telle démarche économique est importante pour encourager les refontes organisationnelles et architecturales que sous-tend le développement de ce mode de prise en charge, le milieu hospitalier ayant des contraintes financières de plus en plus importantes.

Le succès d'un programme ambulatoire est donc conditionné par l'adhésion de tous les intervenants. Développer la chirurgie ambulatoire n'est possible que s'il existe une réelle volonté de l'administration à tout mettre en œuvre (moyens humains, techniques, logistiques...) pour que cela fonctionne. Administratifs, chirurgiens, anesthésistes et infirmiers doivent être formés à l'acquisition de nouvelles compétences tant techniques qu'organisationnelles, le parcours de soins d'un patient en ambulatoire étant très différent de celui qu'il effectue en hospitalisation conventionnelle.

Il existe à l'hôpital Bicêtre une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) qui a ouvert en 2000 et qui accueille 8 spécialités avec une activité adulte et pédiatrique. Il s'agit d'un centre satellite qui possède son propre bloc et son unité d'hospitalisation.

Le but de ce travail est d'étudier l'évolution de l'activité du service d'ORL de l'hôpital Bicêtre au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de 2000 à 2014, et d'apprécier le potentiel de transfert de l'activité conventionnelle du service vers l'ambulatoire pour tous les actes programmés entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2015.

Sur la base de ces observations, nous discuterons des moyens à mettre en œuvre pour développer la chirurgie ambulatoire à Bicêtre.

PARTIE I : GENERALITES

1. Définitions

1.1 Internationale

La définition internationale de la chirurgie ambulatoire a été adoptée par le Comité exécutif de l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) en 2003 [5], puis a été confirmée par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2007 [6] :

« Un patient pris en charge en chirurgie ambulatoire est admis pour une intervention qui est planifiée ne nécessitant pas un séjour hospitalier mais néanmoins des installations permettant la récupération. L'ensemble de la procédure ne devrait pas nécessiter de nuit d'hospitalisation ».

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'IAAS.

1.2 Française

Pour la France, la définition de la chirurgie ambulatoire a été donnée dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 :

« La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

La chirurgie ambulatoire est donc, en principe, une chirurgie programmée. Elle ne concernait initialement pas les actes chirurgicaux réalisés en urgence. Ce n'est que récemment que certaines urgences « différables » ont pu être prises en charge en ambulatoire. L'intervention est réalisée dans un bloc opératoire, sous anesthésie.

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Il s'agit d'une activité qualifiée et substitutive. La chirurgie ambulatoire, définie à l'article R. 612-4 du Code de la santé publique (CSP), doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Ces dispositions s'appliquent « *aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète [...]* » (article D. 6124-301 du CSP). Les établissements de santé sont donc autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire.

L'article D. 6124-301-1 du CSP précise que « *les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge [...], d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* ».

« *Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ».

1.3 Différences

Les définitions précédemment citées ne sont pas exactement similaires en France et à l'international, rendant la comparaison des études difficile.

La France décrit une structure « ambulatoire » ouverte sur une période de 12 heures uniquement. Les Etats-Unis parlent de « *one-day surgery* » et sont donc moins contraints sur les horaires d'ouverture du moment que les patients ont les mêmes dates d'entrée et de sortie, permettant ainsi un plus grand nombre de patients par jour et par lit.

2 Histoire [7]

2.1 Début du 20^{ème} siècle

Deux pays semblent précurseurs dans ce nouveau type de prise en charge des patients : les Etats-Unis et la Grande-Bretagne [7]. Les premières expériences réalisées dans ces pays initient le développement de cette alternative à l'hospitalisation dès la fin des années 1960. Le Canada s'inspire très rapidement de ces différentes expériences.

Les premières tentatives de chirurgie ambulatoire ont été réalisées aux Etats-Unis dès le milieu du 19^{ème} siècle par Crowford et Williamson, ayant décrit la première anesthésie à l'éther en 1842, et Morton ayant réussi une intervention chez un patient souffrant d'une tumeur du cou en 1846 à Boston.

Il est coutume de dire que la chirurgie ambulatoire a été inventée au Royaume-Uni par un écossais Nicoll au début du 20^{ème} siècle [8]. Il a en effet retracé dans le British Medical Journal en 1909 son expérience à l'hôpital des enfants malades de Glasgow où furent réalisées près de 7000 interventions ambulatoires.

Certains commentaires de son récit, pouvant sembler choquant, résumant assez bien la problématique de la prise en charge ambulatoire :

« Au cours des dix dernières années (de 1899 à 1908 inclus) le travail dans cette clinique a inclus quelques 9000 opérations en ambulatoires ...dont 7392 ont été réalisées par moi-même... incluant une grande proportion des cas de tuberculose chirurgicale des os, des articulations, et les glandes... dont 167 pour empyème mastoïdien.

L'idée principale de leur admission est l'avantage supposé de soins pratiqués par des infirmiers « formés », mais cette prestation est en grande partie gaspillée pour eux...

Après l'opération dans la salle de consultation externe, les jeunes enfants... sont facilement transportés à la maison dans les bras de leurs mères... Ils sont visités à domicile par les sœurs de l'hôpital et ramenés afin d'enlever le pansement au bout d'une semaine ou dix jours.

Les bébés et jeunes enfants hospitalisés sont bruyants et, assez fréquemment, sentent mauvais. Par ailleurs, ces enfants se reposent et se sentent mieux dans les bras d'une mère d'intelligence moyenne que partout ailleurs et singulièrement qu'à l'hôpital... Enfin, l'extension de cette pratique dans les services et hôpitaux pédiatriques permet d'économiser d'importantes ressources.

A noter que l'organisation de son service n'est pas décrite dans son article, ni les complications anesthésiques dues aux intoxications par l'éther.

Cependant les connaissances embryonnaires en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants, découverts à partir de 1940, constituèrent un réel frein à l'expansion de cette pratique.

2.2 1970 : essor aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne

2.2.1 Aux Etats-Unis

La chirurgie ambulatoire apparaît tout d'abord aux Etats-Unis au début des années 1960 avec la mise en place de deux programmes dans des centres hospitaliers de Californie en 1962 et de Washington en 1966 (Dillon, Cohen, Levy et Coakley, [9]). Les premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire sont ouverts à Providence en 1968 et à Phoenix en 1970.

Cette alternative connaît un rapide essor : dix centres indépendants sont dénombrés entre 1970 et 1975, 459 en 1985, 838 en 1996 et 1700 en 1992. Parallèlement, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées contre 11 millions en 1990.

Quatre motivations sont à l'origine du développement de cette pratique [7] :

- le désengorgement des lits d'hospitalisation, problème important aux Etats-Unis à la fin des années 1960
- l'amélioration de la qualité des interventions chirurgicales
- la réduction des coûts, apparue nécessaire dans le contexte économique et social difficile des années 1980
- rendre possible l'innovation en matière chirurgicale en repartant d'un concept d'organisation radicalement nouveau qui échappe à la domination des bureaucraties hospitalières.

Au cours des années 1980, des mesures d'incitations financières viennent encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, de nombreux organismes payeurs dont Medicare [10], décident de rembourser la totalité des frais engagés lorsqu'il s'agit d'une intervention réalisée en ambulatoire alors que le remboursement atteint seulement 80% des honoraires des chirurgiens pour une intervention classique. Une liste des interventions chirurgicales devant être pratiquées en ambulatoire est ensuite élaborée par certains organismes pour donner droit au remboursement.

2.2.2 En Grande-Bretagne

La Grande-Bretagne apparaît comme le pionnier européen de la chirurgie ambulatoire. Deux préoccupations autres que financières ont motivé son développement : les longues listes d'attente en chirurgie et la difficulté de recrutement du personnel infirmier. Dès le milieu des années 1970, la chirurgie ambulatoire « *day patient* » est définie dans le cadre du National Health Service (NHS). Encouragée par la politique du NHS et par les « *Guidelines of the Royal College of Surgeons for day-case surgery* » (1985), son développement est rapide. La croissance annuelle des interventions, de l'ordre de 7% entre 1973 et 1983, atteint 15% par la suite.

Mais la pratique de la chirurgie ambulatoire n'est pas aussi développée en Grande-Bretagne qu'aux Etats-Unis [7]. Bien que pratiquée depuis 40 ans, elle représente en 1997 seulement 20% des interventions chirurgicales (17 à 22% selon les sources). En effet, peu de mesures financières incitatives sont venues encourager le développement de cette alternative dans les hôpitaux qui fonctionnaient selon le budget annuel fixé, indépendamment du nombre de cas traités. Dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, les hôpitaux en situation de concurrence sont désormais incités à proposer les pratiques les plus efficaces.

2.3 Un démarrage tardif en Europe

A l'exception de la Grande-Bretagne, la chirurgie ambulatoire connaît un démarrage tardif en Europe à la fin des années 1980. Sa croissance s'opère également de façon plus lente qu'aux Etats-Unis. Elle se développe essentiellement pour des raisons économiques de maîtrise des coûts hospitaliers [11].

Les pays nordiques européens présentent, à l'exception du Danemark, le même retard avec un développement encore embryonnaire dans les années 1990, avec par exemple seulement trois centres de chirurgie ambulatoire en 1995 en Suède.

La Grande-Bretagne, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Belgique s'affirment comme les leaders de cette pratique en Europe. Mais la définition varie selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures restées à l'hôpital, d'où les difficultés de comparaison des données disponibles entre pays.

2.4 Un retard structurel en France

Il faut attendre le début des années 1990 pour constater un développement important de la chirurgie ambulatoire en France du fait de l'absence de cadre réglementaire.

Le premier centre indépendant est créé en 1980, à Strasbourg, par le chirurgien Guy Foucher. C'est après avoir exercé la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Strasbourg qu'il décide de créer son propre établissement pour y faire en ambulatoire de la chirurgie orthopédique des membres supérieurs. Le praticien doit s'accommoder du vide juridique laissé par la loi hospitalière de 1970. Il poursuit son activité dans l'illégalité la plus complète avec le soutien discret de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM).

En 1984, une convention est enfin signée avec la CRAM. L'accord est alors appliqué aux quelques établissements de ce type créés par la suite. Ils perçoivent alors une faible indemnité (Forfait de Salle d'Opération) rendant encore difficile la réalisation de projet d'investissement.

Le retard enregistré en France tient alors plus au manque de création de structures de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux ou de centres autonomes qu'à la réalité des pratiques chirurgicales. La reconnaissance juridique de la pratique chirurgicale d'un jour en 1991 semble avoir impulsé le développement des interventions et des actes d'investigation en ambulatoire. Ont été définis dans ces textes les structures alternatives à l'hospitalisation, leurs conditions techniques de fonctionnement, les procédures de création ou d'extension et les tarifications.

3 Règlementation en France

3.1 Conférence de consensus du 22, 23 et 24 mars 1993

La France a labélisé le vocabulaire dans le cadre de cette conférence : *“La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risqué majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention”*.

3.2 Définition réglementaire

Les décrets n° 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992 ont fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces décrets de 1992, en partie abrogés par le décret du 6 mai 1993 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, ont été intégrés dans le CSP. La définition de la chirurgie ambulatoire comme structure de soin alternative à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.

Les établissements de santé pratiquant la chirurgie ambulatoire sont soumis à une autorisation par l'Agence Régionale de Santé (ARS). De ce fait, les structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète doivent répondre à des conditions particulières d'organisation ainsi qu'à des obligations de contrainte en terme de sécurité et de qualité définies dans les articles D. 6124-301 à 305 du CSP.

L'article D.6124-301 du CSP précise notamment que *« les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ce mode de prise en charge »*.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

Cette définition implique :

- que la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier avant et après son intervention chirurgicale qui se déroule au bloc opératoire à la différence du soin externe effectué en consultation
- une durée d'ouverture de la structure de 12 heures au maximum, à la différence d'autres pays où le patient peut séjourner 23 heures
- un parcours clinique bien défini pour le patient, le type d'acte et la technique opératoire ne variant pas par rapport à la prise en charge traditionnelle

3.3 Réglementation spécifique du fonctionnement ambulatoire

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 a introduit la chirurgie ambulatoire au nombre des missions et obligations des établissements de santé en précisant que : « *les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie obstétrique, odontologie ou psychiatrie* ».

3.4 Une activité soumise à autorisation

Les établissements de santé relèvent d'une procédure d'autorisation. Selon les dispositions de l'article L. 6122-1 du CSP : « *sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds* ».

3.5 Le personnel

Les articles D. 6124-303 et D. 6124-308 du CSP précisent le nombre et la qualification du personnel : « *Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 6124-301, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :*

- *D'un médecin qualifié*
- *D'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les soins de suite et de réadaptation, d'un masseur-kinésithérapeute*
- *D'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire* ».

Avant 2012, des textes législatifs plus stricts encadraient le nombre de personnel minimum obligatoire dans une telle structure. Le décret 2012-969 du 20 août 2012 a ainsi apporté de nouveaux assouplissements pour le développement de la chirurgie

ambulatoire. Selon l'article D6124-303 modifié par le décret n° 2012-69 du 20 août 2012-art 4, le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins doivent être adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Les précédents textes apportaient une obligation d'une infirmière pour 5 patients.

L'équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D.6124-303, « *des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site* ». (D.6124-301-1 alinéa 4, 5, 6 et D.6124-303 CSP). Mais cette possibilité de double emploi n'est possible que pour les personnels intervenant à titre principal en secteur opératoire. Les infirmiers de surveillance, les personnels d'accueil... doivent donc être dédiés.

3.6 Un médecin coordonnateur

Selon l'article D6124-305, une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins est établie et précise notamment les conditions de désignation et la qualification d'un médecin coordonnateur. La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'ARS.

Les fonctions du médecin coordonnateur, si elles sont bien définies pour le secteur des Etablissement Hospitaliers pour Personnes Agées (EHPAD) (Article D312-158 du CSP), le sont moins dans le secteur de l'ambulatoire.

La fonction du médecin coordonnateur est définie réglementairement, il doit mettre en œuvre le règlement de fonctionnement de l'unité et s'assurer que tous les acteurs l'appliquent. Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir, élabore un dossier type de soins, établit avec le concours de l'équipe soignante un rapport annuel d'activité médicale. Le médecin coordonnateur veille également à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.

Mais cette notion de médecin coordonnateur est apparue dans les décrets relatifs aux alternatives à l'hospitalisation intégrant, entre autres, la chirurgie ambulatoire, la rééducation fonctionnelle et l'hospitalisation à domicile. En fait, son profil dans le texte s'apparente plus à celui d'un responsable de centre de rééducation fonctionnelle. Dans le cadre d'une unité de chirurgie, la définition de ses responsabilités et de son champ de compétence est spécifique. Il doit néanmoins être différencié du médecin qualifié et du médecin anesthésiste présents dans la structure.

L'application du décret a engendré plusieurs schémas d'organisations [12] : dans certaines structures, notamment dans le secteur public, le médecin coordonnateur s'octroie des pouvoirs d'organisation qui peuvent l'assimiler à ceux d'un chef de service ou d'un chef d'unité fonctionnelle, dans d'autres structures, particulièrement dans le secteur libéral, il participe à l'élaboration du règlement intérieur avec le chef d'établissement. Sa responsabilité s'arrête souvent au constat de ce règlement et parfois à son application. Dans ce cas, il n'a aucun pouvoir décisionnel ni en matière de gestion du personnel, ni en matière de gestion des flux (patients, logistiques, personnels,...). Il « vérifie » et donne un « avis » technique. Dans de nombreuses structures, le médecin coordonnateur, même s'il est nommé, n'a pas de rôle effectif. En pratique aujourd'hui, il reste difficile pour l'assurance maladie d'identifier les coordonnateurs, et lorsqu'ils le sont, il est impossible de connaître leur date de désignation. Beaucoup d'unités ne possèdent toujours pas de règlement intérieur.

Personne ne conteste la nécessité d'une coordination des acteurs dans l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Mais il reste à savoir qui doit assurer cette fonction, si fonction nécessite une formation médicale et quelle doit être sa place dans l'organigramme de la structure. Il peut s'agir :

- D'un médecin. La difficulté sera alors la maîtrise d'une fonction qui relève plus de la gestion des flux que de l'action médicale.
- D'un représentant de l'administration. La difficulté sera alors celle de sa compréhension des impératifs médicaux.
- D'une infirmière. Ce choix impose que sa fonction soit clairement identifiée sur l'organigramme

- D'un ingénieur en organisation. La difficulté sera alors la conquête de sa légitimité en particulier auprès du corps médical.

3.7 Une obligation de continuité des soins

Les structures de soins sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

Les structures ont développé de multiples réponses :

- Orientation vers un établissement de référence en cas d'événement indésirable per ou post-opératoire immédiat ou de la nécessité d'une consultation d'aval. Cet établissement peut ne pas être celui dont dépend la structure de chirurgie ambulatoire et, dans ce cas, faire l'objet d'une convention formalisant cette possibilité d'accueil.
- Orientation par une procédure de contact : elle consiste à mettre en contact le patient avec un médecin susceptible de décider des suites à donner (ex : remise du numéro de portable personnel du chirurgien ou de l'anesthésiste, d'un standard téléphonique)

Dans tous les cas, la qualité de la prise de charge repose sur le fait que le service appelé par le patient connaît le patient et les intervenants (chirurgiens, anesthésistes, personnel para-médical).

3.8 Responsabilité médico-légale de la structure

L'article D.6124-101 de CSP indique que « *Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :*

- *décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert*
- *autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement »*

3.9 Documents remis au patient

Le décret D.2002-737 article 9 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé stipulent indifféremment après une prise en charge hospitalière ou ambulatoire la nécessité de remettre au patient à sa sortie un compte-rendu d'hospitalisation, les prescriptions de sortie, et si besoin une fiche de liaison infirmière.

De manière plus particulière concernant le secteur ambulatoire, selon l'article D.6124-304, dans le but d'assurer la continuité des soins, le patient doit recevoir a sa sortie un bulletin « *signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins* ».

4 Tarifcation

En France, la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements de santé a été introduite à partir de 2004 pour les hôpitaux publics, et de 2005 pour les cliniques privées. Depuis 2008, elle permet de financer l'intégralité des fonctions de soins des établissements sur la base des séjours hospitaliers réalisés dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Seuls les éléments utiles à la compréhension de la tarification de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la T2A seront présentés ci-après.

4.1 La classification des séjours

Le séjour de chaque patient fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui en décrit les caractéristiques médicales et administratives, en agrégeant les résumés d'unité médicale (RUM) produits par les différentes unités où est passé le patient. Ce RSS est codé et traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal (regroupement par catégorie majeure de diagnostic, CMD), l'existence d'actes opératoires classant, et si besoin, d'autres informations (âge, complications

et morbidités associées (CMA), etc.) ainsi que la durée d'hospitalisation [13]. Cela permet d'affecter le séjour à un groupe homogène de malades (GHM). Depuis la version 11 de la classification (2009), qui a introduit un critère de sévérité en quatre niveaux au sein d'un même type de séjour, on compte près de 2 600 GHM répartis en 29 CMD (équivalant à des domaines d'activité comme la chirurgie viscérale, les atteintes du système nerveux,...). La version précédente en comptait moins de 800. L'un des principes de fonctionnement de la T2A est que les coûts de production des GHM doivent globalement être couverts par les tarifs : chaque GHM est associé à son pendant financier, le Groupe Homogène de séjour (GHS). En règle générale à chaque type de séjour décrit par un GHM correspond un et un seul GHS. Des coûts de référence sont calculés par un établissement public administratif, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Ils servent de base à l'élaboration des tarifs des GHM qui seront payés par l'Assurance maladie pour chaque séjour hospitalier.

4.2 La détermination des tarifs des GHS

Les tarifs sont arrêtés par le ministère de la Santé en les modulant par rapport à l'Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune (ENCC) [14].

L'étude nationale de coûts (ENC) a débuté en 1993 dans le secteur public, puis est devenue l'ENCC avec l'ajout du secteur privé en 2005. Un guide méthodologique officiel de celle-ci est publié au journal officiel. L'ENCC est composée d'un panel d'établissements volontaires qui communiquent les données issues de leur comptabilité analytique à l'ATIH pour calculer au plus juste le coût complet de chaque GHM.

Les établissements sont de tous types (centres hospitaliers universitaires ou non, centres de lutte contre le cancer, établissements privés participant au service public hospitalier) et de toutes tailles. La participation à une campagne d'enquête engage l'établissement sur près de 3 ans.

L'ENCC remplit trois objectifs :

- la construction d'une échelle de coûts par GHM, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements (GHS). Cette échelle de coûts est révisée annuellement,

- la publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne,
- la constitution d'une base de données utilisées pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

Les recettes perçues par l'établissement de santé sont alors la somme des recettes de chaque GHS multipliée par le nombre de cas traités annuellement.

Les tarifs alloués par GHM par l'ENCC sont modulés en fonction des priorités de santé publique ou des politiques visant à favoriser un mode de prise en charge (par exemple, l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire).

4.3 Avantages et limites de la tarification à l'activité

Ce système tarifaire génère des modifications dans la stratégie des établissements, recherchées par le régulateur, l'Assurance Maladie : diminution de la durée de séjour, recherche d'un équilibre financier recettes-dépenses pour chaque activité de l'établissement, augmentation des volumes d'activité lorsque les coûts observés sont inférieurs aux tarifs pratiqués.

Il présente également de nombreuses insuffisances ou limites dans le modèle français mises en lumière dans la littérature [15,16] :

- nécessité de l'accompagner d'un encadrement prix-volume global (fixé en France dans le cadre de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie) pour limiter les effets d'augmentation des dépenses de santé, au risque de diminuer les tarifs uniformément et donc de les éloigner des coûts observés, et de ne plus respecter le principe initial de neutralité tarifaire pour chaque activité,
- difficulté de répartition entre les services du budget alloué à un séjour ayant nécessité des intervenant de différents services. Un établissement hospitalier combine souvent plusieurs spécialités pouvant participer à la prise en charge d'un même malade dont le séjour ne sera codé que par un GHM,
- les modalités de calcul tarifaires d'un GHM érigent implicitement en norme de production efficiente la moyenne ou la médiane des coûts observés dans les

quelques établissements participant à l'ENCC. Ces établissements peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des établissements à l'échelle nationale.

4.4 Tarification de la chirurgie ambulatoire

La tarification à l'activité (T2A) prévoyait initialement en 2004 des tarifs différenciés selon qu'un acte était effectué en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire.

Afin de favoriser son développement, des mesures tarifaires incitatives ont été progressivement introduites en faveur de la chirurgie ambulatoire.

4.4.1 Modifications successives dans le codage des séjours de chirurgie ambulatoire dans la T2A

Le système de classification des séjours est revu périodiquement. Plusieurs évolutions ont eu des conséquences sur le périmètre et la classification de la chirurgie ambulatoire, ce qui a permis de progressivement mieux l'isoler des séances et des autres séjours courts [13] :

- de 1992 à 2003, les actes de chirurgie ambulatoire appartenaient à la catégorie majeure de diagnostic 24 (CMD 24). Les séances et séjours de moins de 24 heures faisaient partie de la même CMD 24
- la CMD 24 a ensuite été étendue aux séances et séjours de moins de deux jours puis dès 2006 aux séjours de moins de deux jours uniquement
- dans la 11^{ème} version de la classification par GHS utilisée depuis 2009 des modifications majeures ont été introduites isolant mieux les séjours en chirurgie ambulatoire ou potentiellement éligibles à la chirurgie ambulatoire :
 - la CMD 24 a été supprimée et ont été créés, au sein des racines de GHM concernés, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (dont la date d'entrée est la même que la date de sortie) codés avec la lettre J
 - la plupart des racines de GHM ont été classées en quatre niveaux de sévérité (de 1 à 4, le niveau 1 étant le moins sévère) représentatifs de

l'état du patient tenant compte des complications et morbidités associées (CMA) ainsi que des effets de l'âge (normalement sévérité de 1 si ambulatoire).

L'activité chirurgicale en hospitalisation conventionnelle est codée en GHM de quatre niveaux de sévérité, attribués en fonction des comorbidités du patient : plus les comorbidités sont lourdes, plus le GHM attribué au séjour du patient sera d'un niveau élevé (il existe d'autres critères de classement en niveau de sévérité comme la durée minimale de séjour par exemple). Les tarifs alloués aux GHS augmentent avec le niveau de sévérité du GHM.

Contrairement à l'hospitalisation traditionnelle, l'activité de chirurgie ambulatoire est tarifée avec le même GHS quel que soit le patient et ses comorbidités associées : il n'existe pas de niveau de sévérité dans les GHM en J.

Voici un exemple de tarification publiée lors de sa dernière mise à jour en mars 2015, la version 11.g pour le GHS 03C14 « Drains trans-tympaniques, âge inférieur à 18 ans » :

- Niveau 1 : 622,17 euros
- Niveau 2 : 2990,64 euros
- Niveau 3 : 7157,25 euros
- Niveau 4 : 13112,26 euros
- J (ambulatoire) : 622,17 euros

Dans ce GHS, la tarification d'un séjour ambulatoire est identique à celle d'un séjour en hospitalisation conventionnelle pour GHS de niveau 1.

4.4.2 Règles tarifaires actuelles incitatives

L'instauration de tarif identique ou le rapprochement de tarif d'hospitalisation de courte durée et ambulatoire s'est faite progressivement.

Jusqu'en 2014, il existait trois modalités tarifaires pour la chirurgie ambulatoire :

- Tarifs identiques : le nombre de GHM ayant un code en J et une tarification

identique à celle d'hospitalisation de niveau 1 est donc passé de 18 en 2011 à 39 en 2012, puis 47 en 2013. Ces racines de GHM à tarif identique représentaient environ 77 % de l'activité réalisée en ambulatoire.

- Disparition des bornes basses [17]: progressivement depuis 2004, les bornes basses pour les racines de GHM dont la durée moyenne de séjour (DMS) est faible (comprise entre 1,4 et 2,5 jours) ont été supprimées. Tous les séjours, qu'ils soient pratiqués en ambulatoire ou non, étaient donc rémunérés au même tarif.
- Limitation de différentiel de tarif : pour certaines racines de GHM, l'écart tarifaire entre le J et le niveau 1 avait été limité à un maximum de 25% (14,8% des séjours ambulatoires).

En 2014, ces règles tarifaires, déjà incitatives, ont été modifiées toujours dans l'optique de développer le secteur ambulatoire [18]. En effet à cette date, l'application du tarif unique, a été généralisée à tous les couples 1/J, et l'ensemble des bornes basses des séjours de chirurgie de niveau 1 a été supprimé, incitant ainsi les prises en charge innovantes en chirurgie ambulatoire.

Les règles d'attribution d'un tarif à un GHM en 1 ou en J, depuis la tarification unique généralisée appliquée à partir de 2014, tendent également à inciter le développement de la chirurgie ambulatoire [18]. En effet ce tarif est pondéré selon le taux de pratique ambulatoire dans l'hexagone. Prenons l'exemple d'un GHM de niveau 1 dont le tarif est de 100 € et d'un même GHM de niveau J dont le tarif est de 60 € : si le taux de pratique ambulatoire observé pour ce GHM est de 67%, avec un objectif fixé de 75% dans les 2 ans, le tarif unique appliqué à ce GHM sera de : $100€ \times 25\% + 60€ \times 75\% = 70€$. Ainsi, plus un acte est pratiqué en ambulatoire, plus le tarif unique appliqué se rapproche de celui du GHM en J, et moins cet acte est pratiqué en ambulatoire, plus son tarif unique se rapproche de celui du GHM de niveau 1.

Cette construction tarifaire favorise ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire de GHM :

- à forte pratique ambulatoire dans les établissements ayant un taux de pratique inférieur à celui observé sur l'hexagone en diminuant le tarif du GHM de niveau 1

- à faible pratique ambulatoire en « surtarifiant » leur GHM en J (plus proche alors du niveau 1), incitant ainsi de nouveaux types de prise en charge ambulatoire.

Ces règles tarifaires se révèlent importantes et peuvent amener à des réorganisations des services de chirurgie, notamment en ORL pour deux raisons :

- les patients hospitalisés pour une pathologie dont le GHM ne comprenait pas de code en J devaient nécessairement être hospitalisés un nombre de jours suffisants afin de parvenir à la borne basse du GHM de niveau 1 afin de ne pas être pénalisé sur la tarification de celui-ci (GHS amputé d'une partie de son tarif pour chaque jour d'hospitalisation inférieur à la borne basse). Les durées d'hospitalisation peuvent donc se voir raccourcies, en évitant notamment une pratique courante qu'est encore l'hospitalisation la veille de l'intervention.
- les coûts d'une journée d'hospitalisation ambulatoire se révèlent plus faibles que ceux d'une journée en hospitalisation conventionnelle (ex : Hôpital Bicêtre, 922€ vs 1037€ en 2015). Les tarifications des GHS 1 et J étant égales en chirurgie, il est donc plus économique pour l'établissement de santé, lorsque cela est possible, de proposer une prise en charge ambulatoire.

Pour autant, ce modèle tarifaire est encore perfectible car :

- ses modalités de calcul ont conduit à s'éloigner de la neutralité tarifaire, en favorisant tel ou tel secteur d'activité selon la politique ou les priorités de santé
- l'incitation tarifaire est de moins en moins forte, à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, avec une réduction de l'effet d'aubaine pour les établissements premiers entrants ayant des taux élevés de chirurgie ambulatoire
- il existe un manque de lisibilité à moyen terme, du fait de l'existence d'une échelle tarifaire mobile et décroissante, ce qui pourrait contribuer à ralentir les investissements dans cette pratique. Les tarifs pratiqués actuellement semblent favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire mais une baisse de ces tarifs pourrait rendre difficilement rentable un tel secteur d'activité, et orienter l'établissement de santé vers un autre secteur d'activité, rendant ainsi caduques les investissements dans le secteur ambulatoire.

5 Quels actes en chirurgie ambulatoire ?

5.1 Les gestes réalisables en chirurgie ambulatoire

Tous les gestes peuvent être pratiqués en ambulatoire. Il n'existe aucune liste limitative d'actes. Les sociétés savantes ne souhaitent d'ailleurs pas produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire [19]. Une liste d'actes, donc limitative et figée, pourrait engendrer des comportements pervers :

- inciter ou rendre obligatoire un acte chez un patient présentant une contre-indication
- imposer la prise en charge en ambulatoire dans une structure non-conforme ou dont l'organisation est inadaptée ou insuffisamment maîtrisée
- freiner l'innovation en interdisant à une équipe performante d'étendre ses indications en chirurgie ambulatoire.

Un acte ne saurait être ambulatoire par nature, mais il peut le devenir chez un patient sélectionné dans une structure adaptée.

La décision d'une prise en charge ambulatoire ne doit se faire qu'au cas par cas après analyse du bénéfice/risque du triptyque acte, patient et structure [20].

De nombreuses indications semblent limitées à la prise en charge ambulatoire dès lors qu'elles peuvent être douloureuses, hémorragiques, longues ou donner lieu à des nausées, vomissements (amygdalectomie, varices, ligamentoplastie du genou, hernies...). Par nature, ces actes ne sauraient être systématiquement ambulatoires. Mais ils peuvent le devenir chez un patient sélectionné dans une structure adaptée qui concoure à la maîtrise de chacun des risques [20].

A contrario, d'autres indications semblant tout à fait adaptées à la prise en charge ambulatoire (cataractes, canal carpien..) peuvent nécessiter une hospitalisation complète si le contexte psychosocial ou médical du patient est défavorable.

A ce titre la société française d'ORL a émis en 2014 un rapport de consensus formalisé de 4 gestes en chirurgie rhinologique recommandant la chirurgie ambulatoire dès lors que les critères d'éligibilité étaient remplis [21].

La HAS a émis une liste de gestes marqueurs pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. Cette liste, mise en place en 2008, s'étoffe progressivement et repose sur des consensus des sociétés savantes des spécialités concernées et une revue des pratiques courantes internationales.

5.2 Gestes marqueurs et Mise Sous Accord Préalable

La procédure de Mise en Accord Préalable (MSAP), issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, permet d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire, et s'adresse aux hôpitaux et cliniques qui présentent un fort potentiel dans ce domaine (soit un pourcentage de procédures ambulatoires, pour un certain type d'acte, inférieur à la moyenne nationale ou régionale) [22].

A l'heure actuelle, l'objectif vise à atteindre un taux de 85% d'actes réalisés en ambulatoire parmi ceux de la liste (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014 [23]). Seuls les établissements qui présentent un potentiel important de séjours pouvant être basculés en ambulatoire, feront l'objet d'actions de MSAP dans le but de dynamiser cette activité.

Le dispositif de MSAP a débuté avec 5 premiers gestes marqueurs en 2008, puis a été élargi à 17 gestes en 2009, 38 en 2012 et s'étend depuis l'année 2014 à 43 gestes marqueurs. Il ne concerne cependant qu'un nombre restreint d'actes CCAM pour chacun de ces gestes : par exemple concernant le geste marqueur « Chirurgie du nez », seuls les actes CCAM réduction de fracture du nez par abord direct ou orthopédique, septoplastie nasale et méatotomie nasale moyenne par endoscopie sont concernés.

Liste des gestes marqueurs en ORL :

Elle comprenait en ORL avant 2012 uniquement les gestes suivants [24]:

- FAFA001 : Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique (ATT)
- FAFA002 : Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'ATT
- FAFA008 : Adénoïdectomie (Vg)
- FAFA013 : Adénoïdectomie avec myringotomie uni ou bilatérale

Depuis septembre 2012 ont été rajoutés :

- GAMA007 : Septoplastie du nez
- GBPE001 : Méatotomie moyenne nasale
- LAEA007 : Réduction de fracture de l'os nasal, par abord direct
- LAEP002 : Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal

La MSAP d'actes de chirurgie avec hébergement se déroule de la manière suivante : la MSAP est prononcée par le Directeur général de l'ARS, sur proposition de l'Assurance maladie, puis décidée au terme d'une procédure contradictoire avec l'ARS. Elle vise certains gestes chirurgicaux pour une période de 6 mois maximum au sein d'un établissement de santé.

Pendant l'application de la procédure, chaque séjour avec hébergement pour un geste marqueur ciblé doit bénéficier d'un accord préalable explicite de l'Assurance Maladie afin d'être facturé. Pour cela, il convient que des informations médicales et sociales (selon un questionnaire prédéfini) soient transmises par l'établissement au Service Médical avant l'opération, puis qu'un accord soit transmis à l'établissement sur le principe de l'hébergement.

Il s'agit d'un dispositif particulièrement incitatif, car les séjours avec hébergement (et les honoraires afférents en clinique) non autorisés ne sont facturables ni à l'Assurance Maladie, ni au patient. De plus, ils peuvent être contrôlés à distance par l'Assurance Maladie.

Pour le bon fonctionnement de ce dispositif, l'Assurance Maladie met en place une organisation particulière. En effet, elle doit garantir une réponse en 24 heures aux demandes d'autorisation (hors week-ends). De plus, elle apporte également une information préalable aux équipes de l'établissement et reste disponible pour expliquer la procédure tout au long de sa période d'application.

Les actes mis sous entente préalables ont progressé de 15% en faveur du secteur ambulatoire (59 à 74%), avec une plus forte progression pour les actes les plus fréquemment pratiqués en ambulatoire (cataracte, varices) [25].

6 Les structures

6.1 Ouverture de nouvelles structures

Les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation sont soumis à l'autorisation de l'ARS (Art 6122-1 modifié en février 2010 du CSP). Elle doit répondre aux besoins de la population tels que définis par la carte sanitaire, être compatible avec les objectifs fixés par le Schéma Régional

d'Organisation des Soins (SROS) et satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement fixés par décret (Article L712-8,16,9 du CSP) [26]. Lors de l'ouverture d'une structure alternative à l'hospitalisation dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires une réduction des moyens d'hospitalisation est nécessairement associée (Article 712-10 du CSP).

Il s'agit pour l'autorité compétente d'examiner les demandes de création de places dans le cadre d'une substitution à des lits d'hospitalisation complète, avec un taux de change de 2,25 lits d'hospitalisation de chirurgie pour 1 place de chirurgie ambulatoire (1 création de lit d'ambulatoire pour la fermeture de 2,25 lits d'hospitalisation conventionnelle). Ce taux peut passer à 2 pour 1 si le nombre de lits d'hospitalisation en chirurgie dépasse de plus de 25% celui prévu dans la carte sanitaire.

C'est dans l'objectif de transférer l'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire, et non de créer ou de remplacer une activité chirurgicale, que s'inscrit l'arrêté du 31 mai 1999. Il pondère favorablement le taux de change sous réserve d'un engagement du demandeur (établissement public ou privé) à réaliser dans sa structure, et sur l'ensemble des places, une chirurgie ambulatoire dite « substitutive ». Si l'engagement est compris entre 40 et 50%, le taux de change est de 2 lits pour 1 place, entre 50 et 55% le taux de change est de 1,5 lits pour 1 place, et s'il est supérieur à 55%, le taux de change est de 1 lit pour 1 place.

Les mesures incitatives financières de tarification précédemment décrites ont été mises en œuvre par la suite.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, visant à simplifier le fonctionnement et l'organisation du système de santé, la carte sanitaire découpant l'espace géographique français en 256 secteurs a été supprimée. Les taux de change précédemment cités ont été supprimés avec elle.

A partir 2006, elle a été remplacée par les territoires de santé, arrêtés dans chaque région par les directeurs d'ARH puis d'ARS. Depuis, la décision de substitution ou de création de lits d'hospitalisation ambulatoire ne se décide plus au plan national par le biais de loi, mais au niveau « territorial » par les annexes territoriales des SROS devenues opposables. Par exemple en Ile de France, le SROS de septembre 2012 modifié par arrêté le 11 mars 2015 stipule concernant les centres de chirurgie : « *Il n'existe pas dans la région de besoin de création ex nihilo d'activité de chirurgie au*

sein d'établissements n'exerçant pas cette activité ». Cependant l'un des objectifs du SROS Ile-de-France reste « *le développement des activités de chirurgie ambulatoire suite à des opérations de regroupement ou de restructuration d'établissements de santé* ».

6.2 Organisation

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient. Sa pratique nécessite des structures spécifiques, intégrant un environnement architectural propre et une organisation optimale [7].

Il existe en France quatre types de structure où se pratique la chirurgie ambulatoire : les centres indépendants, les centres satellites, les centres intégrés et les structures de fonctionnement autonomes. Ces structures se caractérisent par la nature de leur activité et les modalités de leur organisation.

6.2.1 Les centres indépendants

Totalement détachés d'un établissement de soins, ils ont un fonctionnement autonome entièrement dédié à l'activité ambulatoire et sont en général le fruit d'initiatives privées.

Ces *free standing center* sont les premiers à émerger en même temps que le concept américain de chirurgie ambulatoire au début des années 1980. Ils ont imprimé un véritable courant de chirurgie ambulatoire en France dans les années 1990, car ils sont parvenus à trouver leur pleine expression dans des domaines de chirurgie très spécialisés. Ils se concentrent habituellement sur un créneau étroit d'activités. Les centres spécialisés en chirurgie de la main (Strasbourg et Angers pour S.O.S Mains) et en ophtalmologie (Nice et Saint Jean-de-Luz) en sont les meilleurs exemples. D'autres centres se sont spécialisés dans des disciplines différentes (telle la gastro-entérologie pour Marseille). Ces centres disposent de véritables plateaux techniques.

Seuls cinq centres indépendants existaient en 2012 ayant uniquement un agrément de chirurgie ambulatoire.

6.2.2 Les centres satellites

Ils sont situés dans une enceinte hospitalière et constituent la majorité des centres ambulatoires. Le cadre juridique a favorisé le développement de ce type de structure. En effet, suite au décret du 2 octobre 1992 instaurant un taux de change, il était plus facile pour une structure hospitalière de convertir un lit d'hospitalisation complète en une place de chirurgie ambulatoire que pour un centre indépendant. Ces centres fonctionnent de façon indépendante, disposant de leurs propres salles d'accueil, de leurs chambres, de leurs salles d'opération et de leurs propres salles de réveil. Contrairement aux centres indépendants dont l'activité est fortement spécialisée, les centres satellites ont plutôt une activité généraliste, recouvrant l'ensemble des spécialités.

Le personnel y est dédié, mais peut, pour le personnel médical, être partagé avec l'autre partie du centre hospitalier adjacent.

6.2.3 Les centres intégrés

Ils sont également localisés dans une structure hospitalière et constituent plutôt un secteur d'activité. Les salles d'opérations et secteur d'hospitalisation sont en général communs au deux types d'activité ambulatoire et traditionnelle. Les expériences ont montré qu'il était difficile pour un établissement public de disposer de locaux d'accueil spécifiques à cette activité, d'un secrétariat et d'un personnel exclusif au sein même d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle comme en principe prévu par l'article D6134-301-1 du CSP.

Ces centres ont une offre généraliste.

6.2.4 Les structures de fonctionnement autonome

Ils disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.

7 L'unité de chirurgie ambulatoire de Bicêtre

L'UCA de Bicêtre est ouverte depuis juin 2000 et accueille 8 spécialités chirurgicales : la chirurgie viscérale, la chirurgie pédiatrique, l'orthopédie, l'otorhinolaryngologie (adultes et enfants), l'ophtalmologie (adultes et enfants), la gynécologie (IVG), la stomatologie et l'urologie.

Il s'agit d'une structure satellite qui réunit l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire, salle de surveillance post interventionnelle et le personnel) au sein d'une structure indépendante localisée dans l'enceinte. Elle comprend un espace d'accueil et de soins avec huit box, trois salles d'opération, une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) comportant 6 postes.

Cette unité est ouverte du lundi au vendredi de 7h00 à 18h00, et est ouverte 43 semaines par an (fermeture pendant les vacances scolaires de Noël et la moitié des vacances scolaires et jours fériés).

Le personnel soignant comprend :

- un cadre de soins
- cinq infirmières de bloc opératoire (IBODE) dont deux travaillant à 80%
- trois infirmières anesthésistes (IADE)
- trois infirmières (IDE) à temps plein qui assurent l'accueil puis la préparation du patient pour le bloc, la surveillance en SSPI puis en box avant la sortie
- six aide-soignants (AS), dont cinq à temps plein et un à 80%, repartis tout au long du parcours du patient (accueil, préparation, brancardage puis installation du patient en salle d'intervention, nettoyage des salles et des instruments, collations post-opératoires et préparation à la sortie).

Une secrétaire hospitalière reçoit les opérés du jour et les oriente vers l'accueil infirmier après avoir vérifié l'admission administrative. Elle reçoit les patients qui viennent s'inscrire après les consultations des chirurgiens. Elle assure l'appel de la veille pour redonner les consignes, donne au patient son heure d'arrivée le lendemain.

Deux secrétaires médicales sont présentes pendant toute la durée d'ouverture de l'UCA. Elles assurent l'accueil des premiers patients, tapent les comptes-rendus opératoires et d'hospitalisation remis au patient et les adressent aux médecins

référents. Elles préparent le planning opératoire qui est clos le jeudi de la semaine d'avant.

Le personnel médical comprend :

- un coordonnateur médical depuis février 2012, orthopédiste
- les chirurgiens des 8 spécialités, au nombre de 50
- 2 médecins anesthésistes présents chaque jour

A l'ouverture en 2000, le service ORL bénéficiait de 2 vacations hebdomadaires de 8h à 13h30. S'est rajoutée une vacation 1 lundi toutes les 5 semaines en 2008, puis ½ vacation le mardi de 10h30 à 13h30 en 2012.

Depuis novembre 2014, nous ne disposons plus de la vacation du lundi et les vacations des mercredis et vendredis se terminent à 15h00.

Actuellement le service dispose par semaine de 15 heures de vacations ambulatoires (une demi-vacation de chirurgie otologique du mardi rendue en raison de problème de matériel), et de 74,5 heures de vacations au bloc conventionnel. 16,3% des vacations opératoires du service sont dédiées à la chirurgie ambulatoire.

L'éligibilité du patient à une prise en charge ambulatoire est définie par le chirurgien en consultation et confirmée par l'anesthésiste. Le patient reçoit son dossier ambulatoire qui comporte une fiche de liaison pour l'UCA, une fiche d'information sur la chirurgie et les consignes post opératoires ainsi que l'ordonnance de sortie qui permet au patient de disposer de son traitement dès son retour à domicile.

Il s'inscrit à l'UCA auprès de la secrétaire hospitalière à la suite de sa consultation avec le chirurgien. L'heure d'arrivée dans la structure lui est confirmée par un appel téléphonique la veille. Cet appel permet aussi de redonner les consignes concernant la douche et le jeûne et de s'assurer de l'absence de signes infectieux.

Le jour de l'intervention, le patient est accueilli et préparé par une IDE et une AS. Il est installé sur un Stryker dans un box. Il est conduit vers le bloc par un AS. Les parents sont autorisés à accompagner leur enfant jusque dans la salle d'intervention. La chirurgie a lieu sur le Stryker (Amygdalectomie, adénoïdectomie, Pose aérateurs transtympaniques, réduction fracture du nez) ou sur un plateau chirurgical (chirurgie nasale, otologique). Une fois réveillé, le patient est conduit en SSPI où il est sous la surveillance d'une IDE. En fonction du score d'Aldrete (Annexe 1), elle valide son retour en box où il termine de se réveiller et où il reçoit une collation. La sortie est

signée par le chirurgien et l'anesthésiste dès la fin de la chirurgie, l'IDE vérifiant le score d'Aldrete avant d'autoriser la sortie. Pour certaines chirurgies hémorragiques (amygdalectomie, chirurgies nasales) le patient est systématiquement revu par un chirurgien.

Le patient sort avec son dossier ambulatoire qui comporte le compte-rendu opératoire, les consignes et rendez-vous post opératoires et le numéro de téléphone du service à joindre en cas d'urgence. Les coordonnées des services de garde d'ORL de Necker et Lariboisière sont données.

Si les critères ne sont pas réunis pour un retour à domicile (absence d'accompagnant, problème médical), il est hospitalisé.

PARTIE II : MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective concernant tous les actes ORL réalisés à l'UCA de l'hôpital Bicêtre depuis son ouverture en 2000 jusqu'à 2014 à l'aide d'un recueil de données saisi par les secrétaires de l'UCA, répertoriant de manière exhaustive :

- l'ensemble des actes ORL réalisés chaque jour,
- les jours d'ouverture,
- les annulations,
- le taux d'occupation,
- le taux de repli (échecs d'hospitalisation ambulatoire)

Nous avons complété cette étude par les données fournies par les bases de données PMSI Pilot et AR-CCAM afin d'obtenir le nombre total de patients opérés durant la même période. Cette analyse de données a permis d'évaluer la progression de l'activité ambulatoire en ORL en quantité pour chaque type d'intervention et en qualité par la variété des actes opérés au fil des années.

Un recodage manuel a dû être effectué pour comparer les actes réalisés en raison du changement de nomenclature des actes médicaux entre 2000 et 2009 (passage du CdAM à la CCAM). Il a nécessité de regrouper les actes par catégories ou organes concernés.

Les taux d'annulations sont calculés à partir de l'ensemble des actes programmés à l'UCA, les taux de repli à partir du nombre d'actes pratiqués à l'UCA.

Nous avons secondairement réalisé une étude prospective basée sur un recueil de données saisi par chaque chirurgien ORL lors de la programmation opératoire des patients entre mars et décembre 2015 (Annexe 2). Afin d'améliorer l'exhaustivité de ce recueil de données partiel, la liste des actes programmés sur cette période a pu être complétée à l'aide du logiciel IPOP, en relevant rétrospectivement l'ensemble des actes réalisés entre mars 2015 et juillet 2016 et programmés entre mars et décembre 2015.

Chaque chirurgie était évaluée selon plusieurs critères :

- la faisabilité de l'acte en ambulatoire,
- les raisons de sa non faisabilité en ambulatoire liées soit à une contre-

indication (comorbidités du patient, isolement, type de chirurgie, risques opératoires...) soit à une impossibilité de programmer à l'UCA (insuffisance de matériel, fermeture de la structure, délai de programmation trop long,...).

Ces données ont été utilisées afin d'évaluer le potentiel de séjours transférables vers l'ambulatoire parmi l'ensemble des séjours effectués dans le secteur d'hospitalisation traditionnelle de l'hôpital Bicêtre pour l'ORL.

Nous avons analysé par la suite les moyens logistiques et organisationnels nécessaires pour un transfert optimal de cette activité vers l'ambulatoire.

PARTIE III : RESULTATS

1. Evolution de l'activité chirurgicale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Bicêtre en ORL de 2000 à 2014

1.1 Activité globale

Au total, entre juin 2000, date d'inauguration de l'UCA, et décembre 2014, 4715 actes ont été programmés pour ces actes en ORL. L'année 2000 présente un nombre d'actes moins important en rapport avec son ouverture tardive en juin.

Pour l'année 2009, les relevés de programmation étaient incomplets pour les mois de janvier et février, nous avons donc extrapolé l'activité de ces mois-ci à partir de la moyenne des activités des même mois des années suivante et précédente. Nous n'avons pas comptabilisé cette activité pour les calculs de taux de repli ou d'annulation.

L'activité globale chirurgicale du service d'ORL de l'hôpital Bicêtre n'a pas varié entre 2009 et 2015 (min : 1046, max : 1265 actes)(Figure 1A). La part d'activité de l'UCA a augmenté durant cette période (données non disponibles dans PMSI Pilote pour les années précédentes). (Figure 1B)

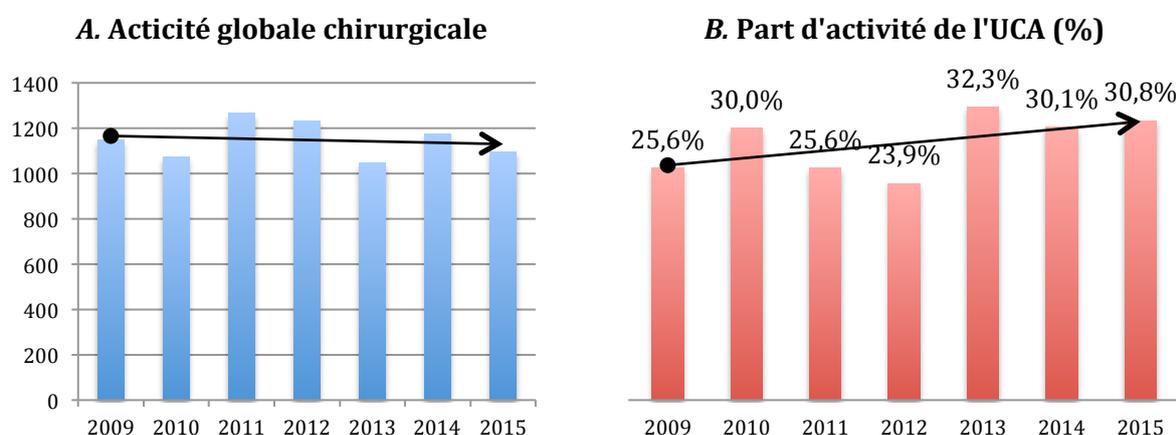


Figure 1 : A. Nombre d'actes effectués par an par le service d'ORL au bloc commun et en UCA
B. Evolution de la part d'activité à l'UCA dans l'activité chirurgicale globale de l'ORL en fonction des années

Le taux d'utilisation des salles du bloc commun a progressivement diminué de 2011 à 2015 (85% à 71% d'occupation de salle, soit -14 points), tandis que celui des salles d'UCA a augmenté (77% à 89%, soit +12 points) (Figure 2A et B).

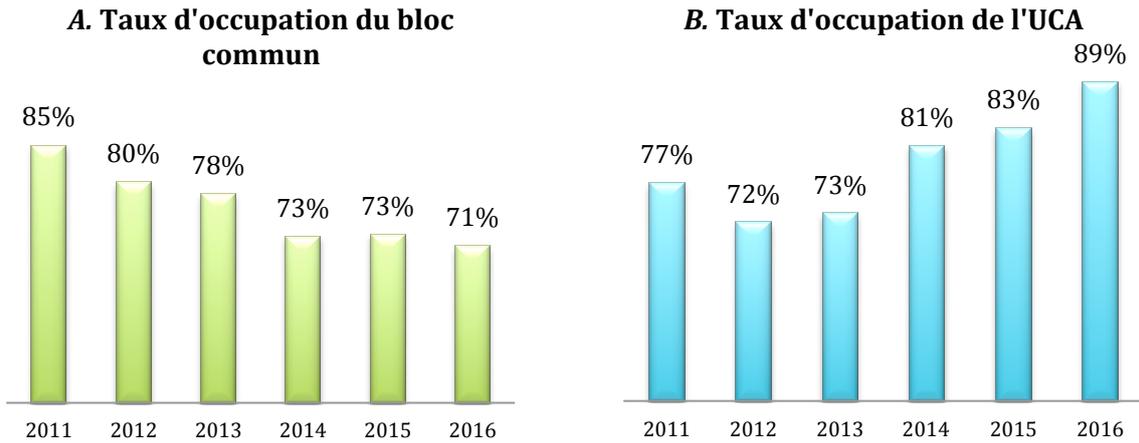


Figure 2 : A. Taux d'occupation des salles du bloc commun en fonction des années
 B. Taux d'occupation des salles de l'UCA en fonction des années

1.1.1 Nombre d'actes

Le nombre annuel d'actes réalisés en UCA a progressivement augmenté par un facteur 1,41 entre 2001 et 2014 proportionnellement au nombre de vacances allouées à l'ORL (Figure 3 et 4).

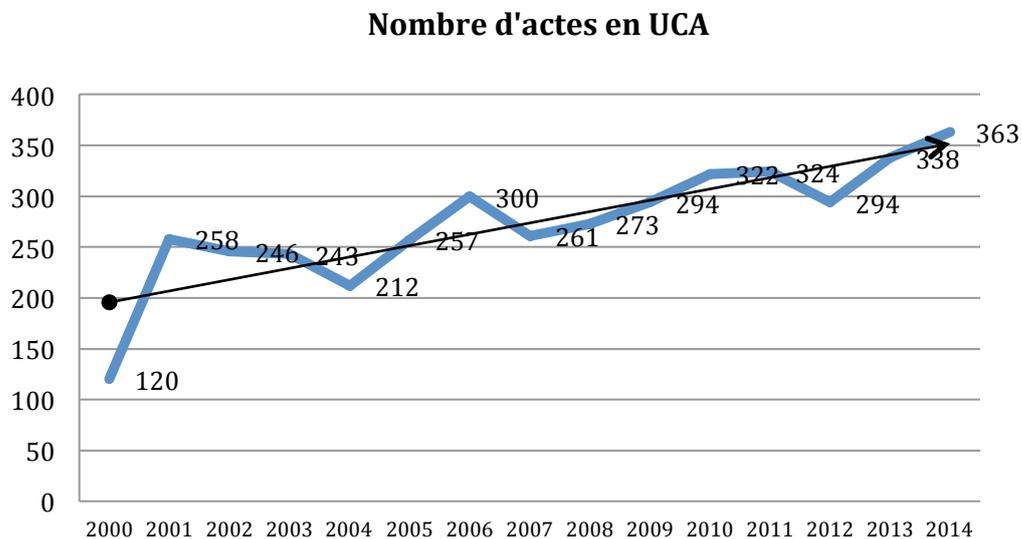


Figure 3 : Nombre d'actes effectués à l'UCA de 2000 à 2014

Nombre de vacances

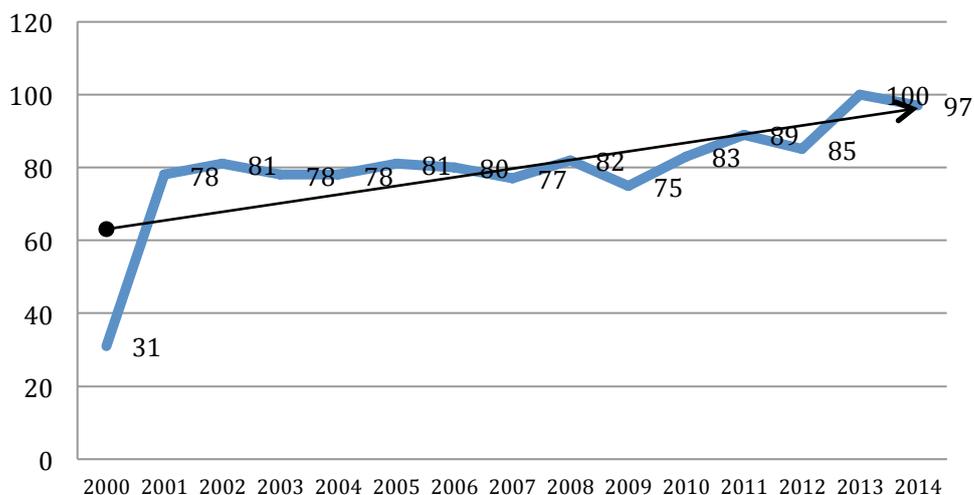


Figure 4 : Nombre de vacances allouées à l'ORL en fonction des années

Par ailleurs, le nombre d'actes réalisés par vacation n'a pratiquement pas varié sur cette période (3,5 actes par vacation en moyenne, min : 2,7, max : 3,9).

1.1.2 Nombre d'annulations

De 2001 à 2014, 610 actes ont été annulés (actes annulés en 2000 non recueillis) soit 13,1% du total des actes programmés. Ces annulations ont été effectuées entre le jour du staff de programmation de l'UCA ayant lieu le jeudi de la semaine précédente et le jour de l'intervention. Il n'existe pas de traçabilité pour les annulations plus précoces. Le nombre d'actes annulés par an varie de 22 en 2011 à 73 en 2014. Le taux d'annulation sur la même période varie de 6,4% à 18,2% des actes programmés (figure 5 et 6).

Nombre d'actes annulés

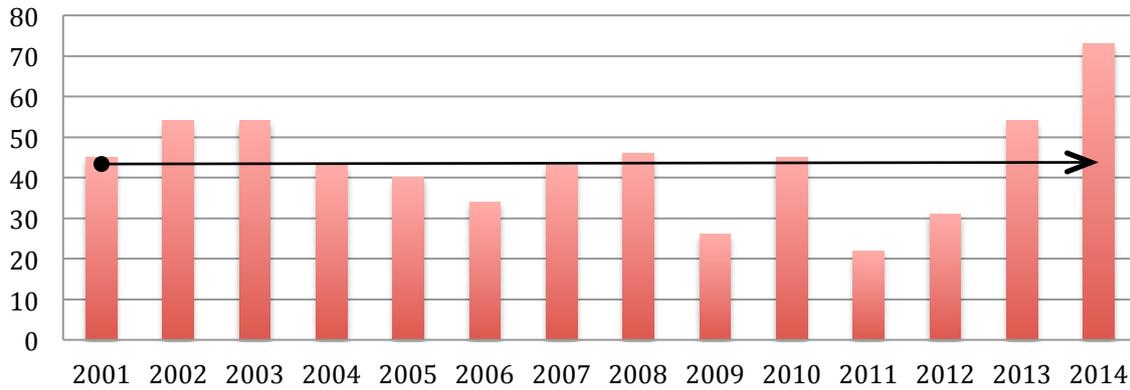


Figure 5 : Nombre d'actes annulés par année entre 2001 et 2014

Taux d'annulation

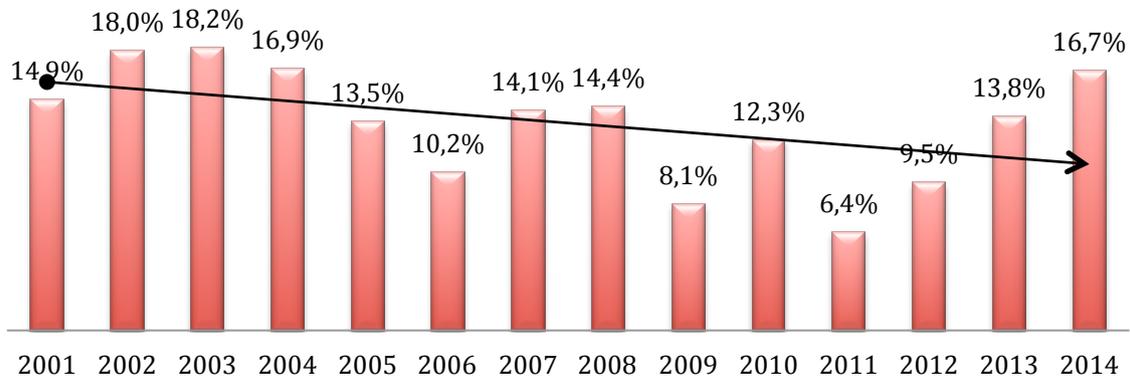


Figure 6 : Taux d'annulation des actes en ambulatoire par année entre 2001 et 2014

Un tiers des actes annulés soit 209 actes ont été annulés sur place et 401 ont été annulés entre J-5 et J0 (Figure 7).

Répartition des délais entre annulation et date opératoire prévue

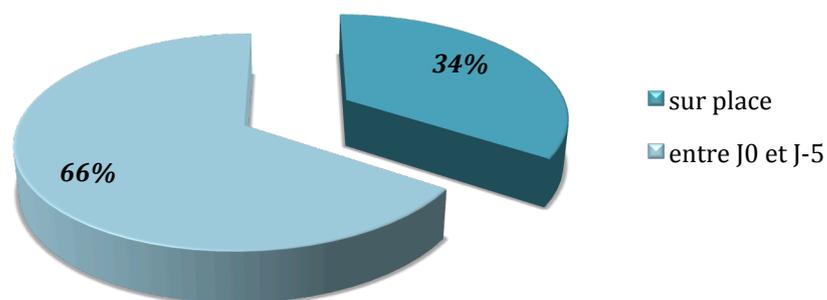


Figure 7 : Délai entre l'annulation et la date opératoire en chirurgie ambulatoire d'ORL

Les causes d'annulation ont été étudiées à partir des données recueillies entre 2009 et 2014, celles-ci n'ayant pas été relevées pour les années précédentes. Cela représente 251 actes annulés sur cette période soit 11,8% du total des actes programmés (13,1% observés sur la périodes 2001-2014).

Les annulations sont principalement liées à une maladie du patient le jour de la chirurgie (54%), une grève du personnel de l'UCA (13%), et l'absence d'autorisation d'opérer des deux parents pour les patients mineurs (5%) (Figure 8).

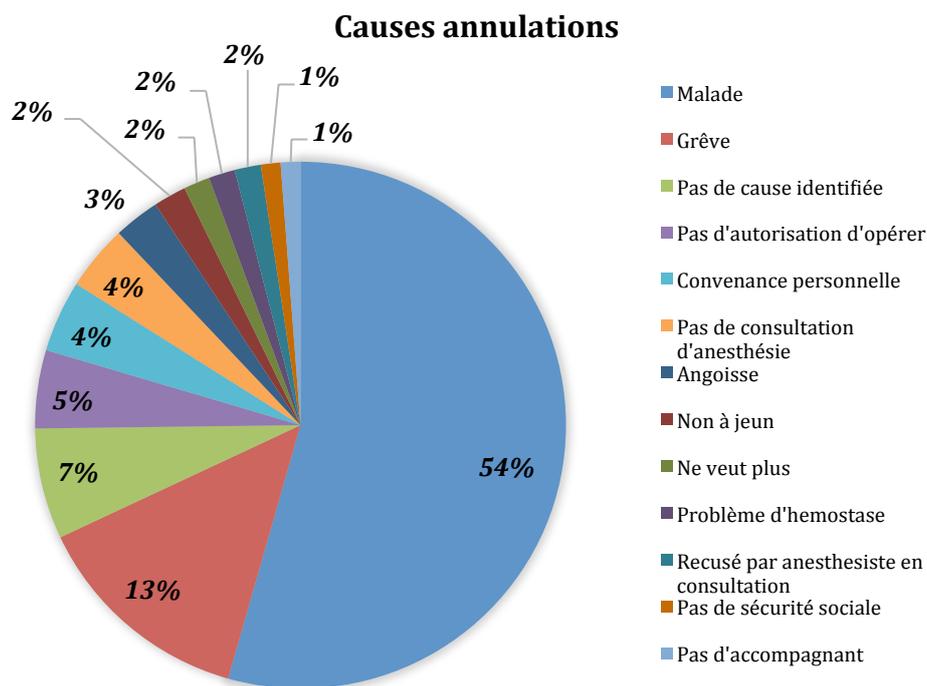


Figure 8 : Causes des annulations des actes de chirurgie ambulatoire en ORL entre 2000 et 2014

1.1.3 Nombre d'échec d'ambulatoire ou taux de repli

Nous avons relevé 51 échecs de chirurgie ambulatoire, nécessitant un transfert en hospitalisation conventionnelle le jour même, entre 2006 et 2014 (échecs non répertoriés avant l'année 2006). Ils représentent 1,8% de l'activité ambulatoire pour les actes répertoriés (Figure 9).

Taux d'échec d'ambulatoire

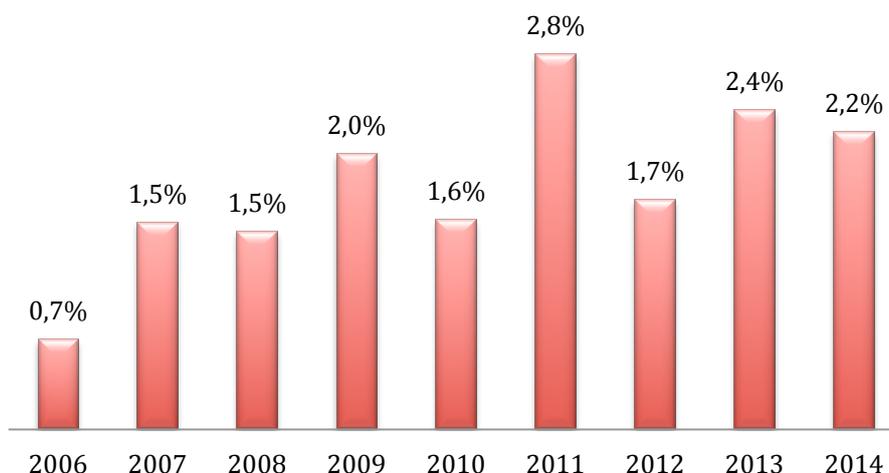


Figure 9 : Pourcentage d'échec d'ambulatoire par année par rapport au nombre d'actes effectués

L'amygdalectomie est responsable de 37% de ces échecs (19 cas sur 51) avec pour raison unique un saignement nécessitant une surveillance prolongée ou une prise en charge de l'hémorragie sous anesthésie générale. Les autres causes d'échec sont équitablement réparties parmi les autres actes réalisés (Figure 10)

Causes des échecs de prise en charge ambulatoire

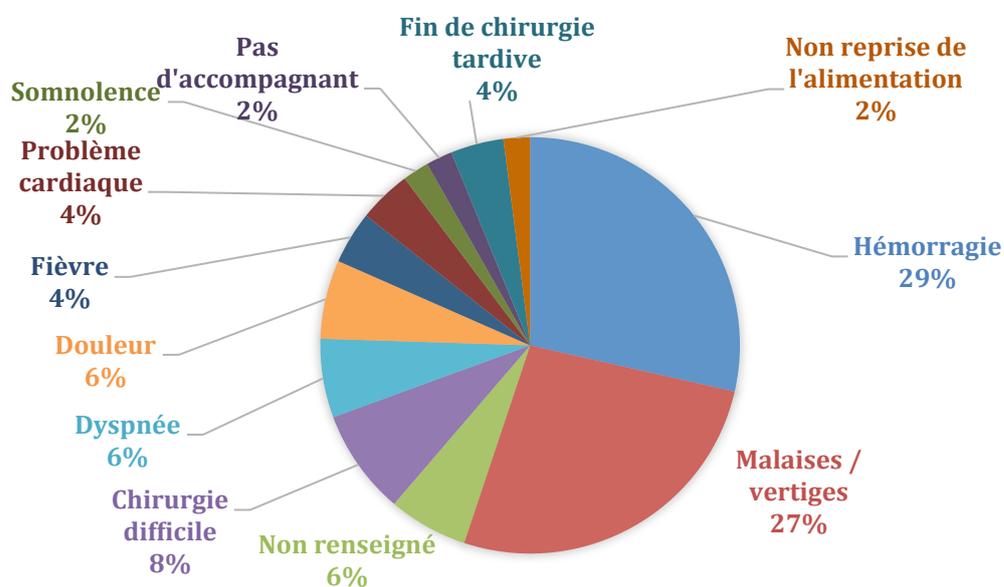


Figure 10 : Causes des échecs de chirurgie ambulatoire en ORL

1.2 Activité ambulatoire en fonction des actes

Nous nous sommes intéressés à l'activité de l'ORL concernant 18 actes effectués seuls ou en association au sein de l'UCA. Ces actes représentent près de 84,8 % de l'activité réalisée à l'UCA en 2014. Ils sont listés ci-dessous (Tableau 1)

Tableau 1 : Listes des principaux actes réalisés en UCA entre 2000 et 2014

Aérateurs trans-tympaniques seuls, pose ou dépose
Adénoïdectomie (Vg) +/- Aérateurs transtympaniques (ATT)
Amygdalectomie (AA) +/- Vg / ATT
Méatotomie
Turbinoplastie
Rhinoseptoplastie
Réduction de fracture des os propres du nez
Septoplastie +/- Turbinoplastie / Plastie valve narinaire / Méatotomie
Exérèse perle de cholestéatome
Myringoplastie
Otospongiose
Exploration de caisse d'oreille moyenne
Tympanoplastie
Nettoyage de cavité d'évidement
Pose de BAHA +/- reprise
Ossiculoplastie
Sialendoscopie

En 2014, les actes concernant les amygdales, les végétations adénoïdiennes ou les aérateurs transtympaniques (ATT) représentaient 62,2% de l'activité ambulatoire, l'activité rhinologique 16,7% et l'activité otologique 8,8%.

1.2.1 Amygdalectomie, aérateurs transtympanique et adénoïdectomie

L'ensemble des actes amygdalectomies, adénoïdectomies et pose/dépose d'ATT représente 53,4% de l'activité globale de l'UCA entre les années 2000 et 2014 (n= 2196) et 62,2% en 2014. L'amygdalectomie y représente 16,8% de l'activité, l'adénoïdectomie 22,1% et les ATT 14,5% (les actes ont pu être associés, seul l'acte le plus lourd est alors comptabilisé).

Cette activité est restée globalement stable jusqu'à 2011, puis a augmenté parallèlement au nombre de vacations d'ambulatoire dévouées à l'ORL (75 en 2010 vs 105 vacations en 2011) (Figure 11).

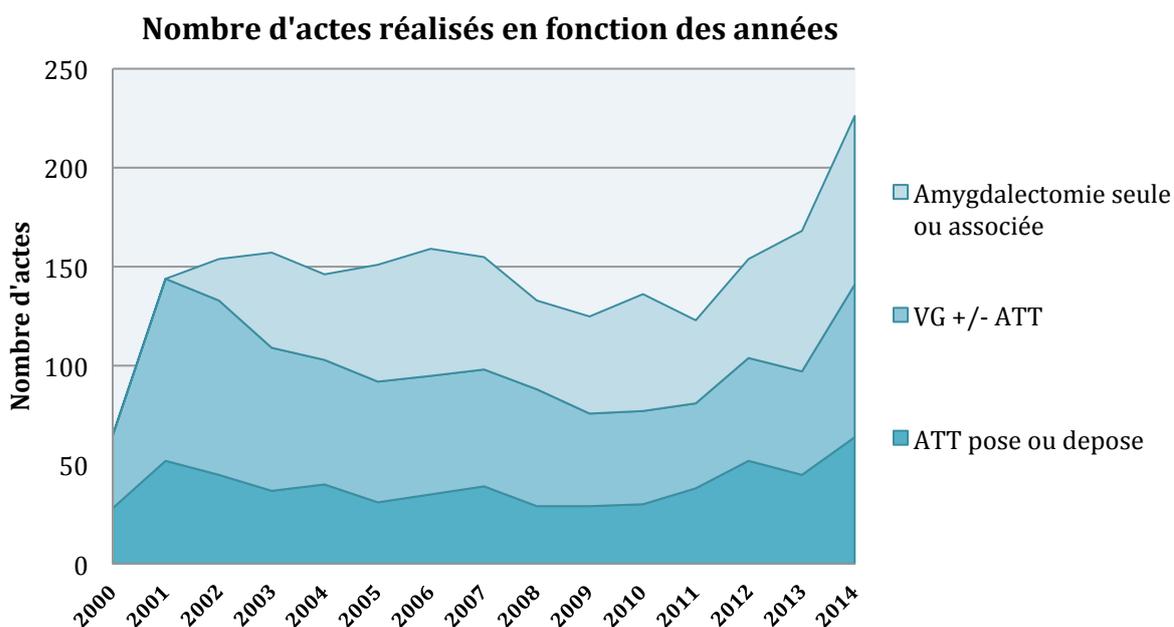


Figure 11 : Nombres d'actes amygdalectomie, VG, ATT seul ou associé en fonction des années

Entre 2006 et 2014, le taux d'échec moyen de la prise en charge ambulatoire de l'amygdalectomie, toujours effectuée par dissection aux instruments froids, est de 3,4% (n=18), de 0,4% (n=1) pour l'adénoïdectomie et de 0,5% (n=2) pour la pose/dépose d'ATT.

Entre 2009 et 2014, le taux d'annulation de l'amygdalectomie est de 14,6%, l'adénoïdectomie de 19,8% et pour la pose/dépose d'ATT de 8,1%.

1.2.2 Activité ambulatoire en otologie

L'ensemble des actes otologiques représente en moyenne 5,2% de l'activité globale de l'UCA (n=214) entre les années 2000 et 2014 (8,8% en 2014). L'activité otologique représente 34,4% de l'activité globale du service en 2014, ambulatoire et conventionnelle confondues (n=226).

Nous observons une augmentation du nombre de myringoplasties et tympanoplasties réalisées en ambulatoire (Figure 12).

Depuis 2008 et surtout 2010 avec l'augmentation du nombre de vacations ambulatoires en ORL, un transfert très progressif de la chirurgie otologique s'opère

vers l'UCA. Il est le fait d'un seul chirurgien sénior pour ce qui concerne les myringoplasties, tympanoplasties, et depuis 2014 les otospongioses (réalisées par stapédotomie). Cette chirurgie a lieu sur la demi-vacation hebdomadaire du mardi. Seules 2 myringoplasties et 1 méatopastie sur les 164 actes otologiques réalisés entre 2006 et 2014 ont présenté un échec de prise en charge ambulatoire soit 1,8% (2 pour cause de malaises et 1 pour nausées). Il est à noter qu'aucune des 3 otospongioses n'a conduit à une hospitalisation le soir même, ni à une réhospitalisation précoce.

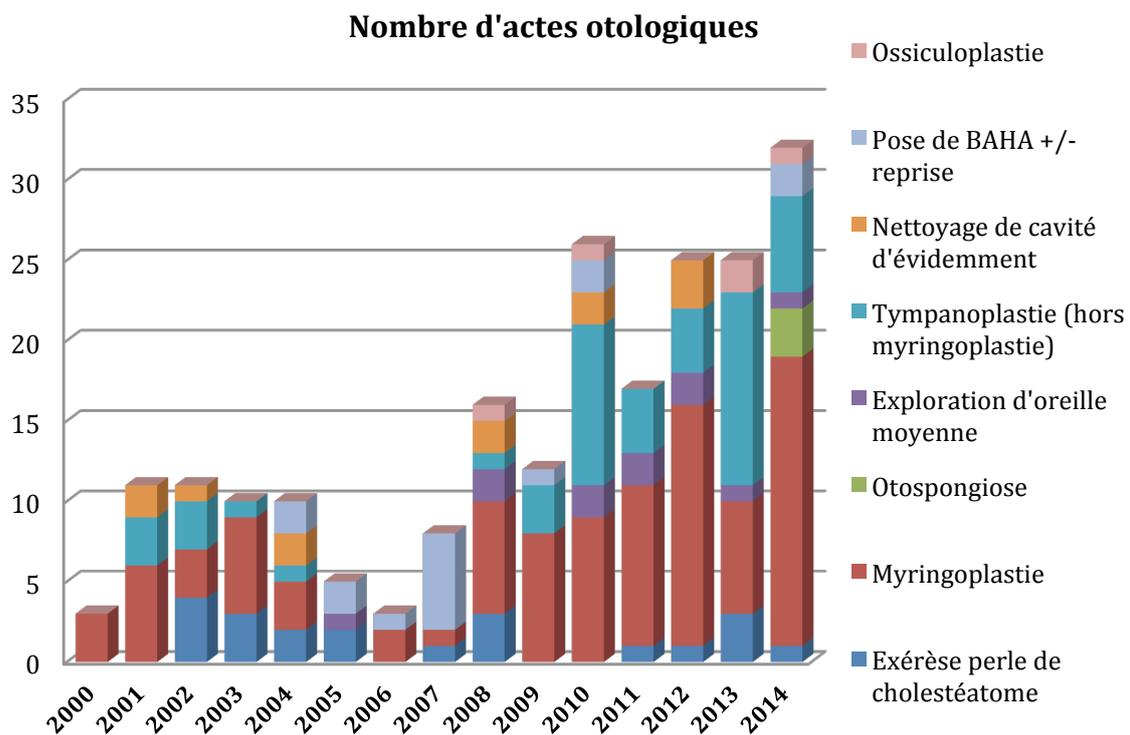


Figure 12 : Evolution de l'activité ambulatoire en otologie acte par acte en fonction des années de 2000 à 2014

1.2.3 Activité ambulatoire en rhinologie

L'ensemble des actes rhinologiques représente 16,7% de l'activité globale de l'UCA entre les années 2000 et 2014 (n=689) et 22,3% en 2014 (n=81).

La prise en charge ambulatoire des pathologies rhinologiques a progressé pour l'ensemble des actes mais plus particulièrement ces 5 dernières années avec les turbinoplasties, méatotomies (1 et 5 actes respectivement en 2009 vs 13 et 13 actes en 2014) (Figure 13). C'est ce type de chirurgie qui a le plus profité de

l'augmentation du nombre de vacations. Jusqu'à présent, les ethmoïdectomies ne sont pas réalisées à l'UCA et les rhinoplasties ne sont effectuées que par un seul opérateur qui intervient 2 vendredis par mois.

Neuf des 354 actes rhinologiques répertoriés en ambulatoire sur la période 2009-2014 ont été annulés, dont 3 pour des défauts organisationnels (patients non informés), soit 2,6% des actes rhinologiques.

Onze de ces actes ont nécessité un transfert en hospitalisation conventionnelle sur la période 2006-2014 soit 3,1% des actes. Les actes sont tous concernés à part égale. Le malaise est la première cause d'échec de prise en charge en ambulatoire chez ces patients (5 sur 11), la seconde cause étant le saignement (3 sur 11)

Nombre d'actes rhinologiques

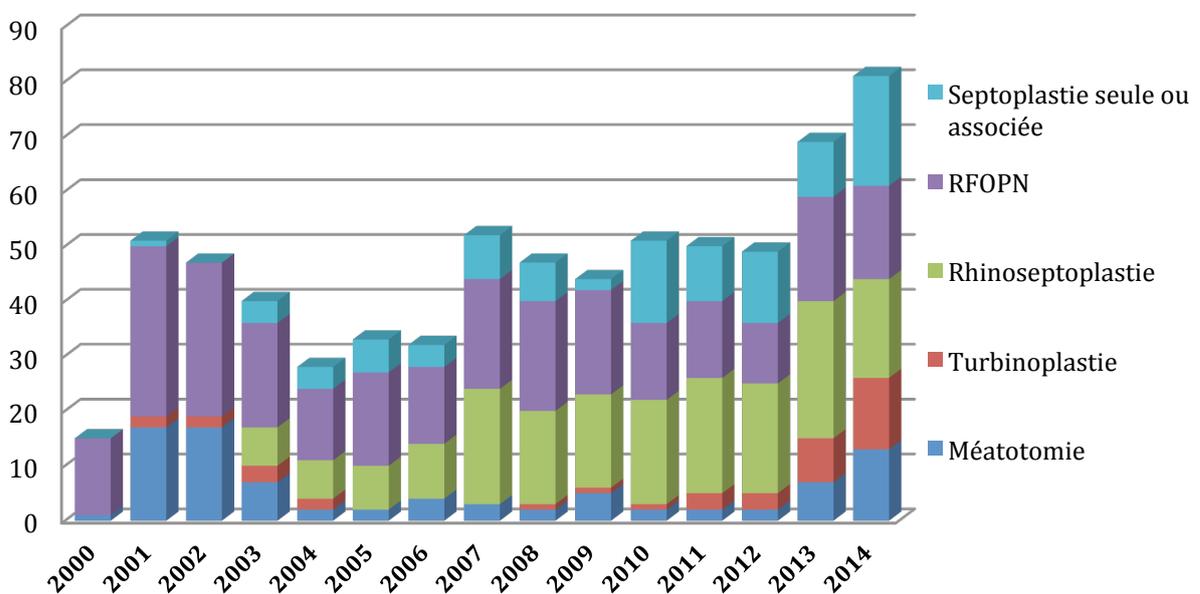


Figure 13 : Evolution de l'activité en rhinologie acte par acte de 2000 à 2014

1.2.4 Autre activité ambulatoire remarquable en ORL

En 2010, l'activité de sialendoscopie diagnostique et thérapeutique est apparue au sein de l'UCA (Figure 14). Pouvant se faire sous anesthésie locale potentialisée par des neuroleptiques, elle est parfaitement bien adaptée à l'ambulatoire d'autant que la durée du geste est en moyenne inférieure à 45 minutes et qu'il est très bien toléré par le patient en post opératoire.

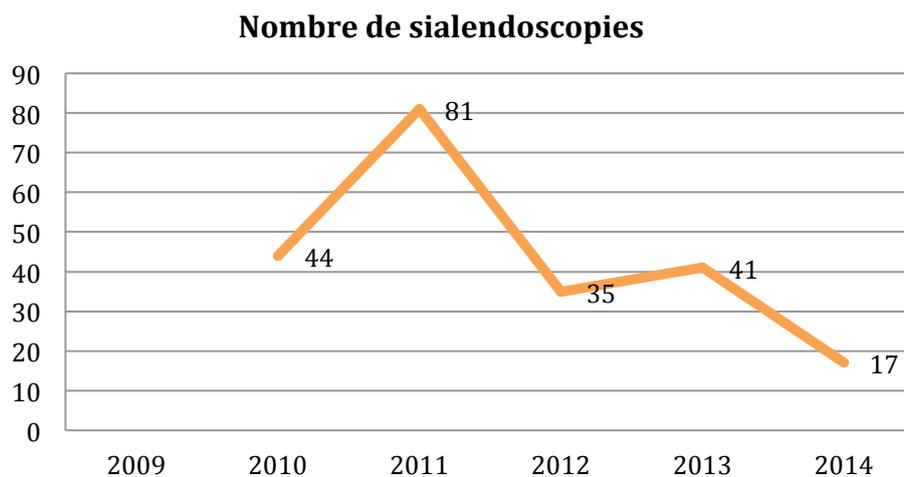


Figure 14 : Activité ambulatoire de sialendoscopie de 2009 à 2014

Cette activité s'est développée rapidement jusqu'en 2013, avant de diminuer fortement en raison du départ de ce médecin. La formation de nouveaux chirurgiens est en cours.

2 Potentiel de transfert vers l'ambulatorio des actes programmés en ORL du 1^{er} mars 2015 au 31 décembre 2015 à l'hôpital Bicêtre

Le recueil de données a été réalisé par chaque chirurgien au moment de l'inscription du patient pour son hospitalisation, que ce soit en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire. Nous avons recueilli 670 fiches d'intervention renseignées, ce qui correspond à un taux de 70,5% de remplissage. Afin d'être exhaustif, la liste des actes programmés sur cette période a pu être complétée à l'aide du logiciel IPOP, en relevant rétrospectivement l'ensemble des actes notés au bloc entre mars 2015 et juillet 2016 et programmés entre mars et décembre 2015. Les raisons du transfert ou non de ces actes en ambulatoire ont pu être retenues car elles étaient soit dépendantes des actes en eux-mêmes, soit extraites des dossiers médicaux, soit extrapolées à partir des fiches remplies en fonction de chaque chirurgien.

Au total, 950 actes ont été programmés sur la période concernée et ont tous pu être inclus dans l'étude.

Les actes les plus représentés ont été étudiés séparément. Les actes trop faiblement représentés ont été regroupés dans un groupe intitulé « divers ».

2.1 Etat des lieux

2.1.1 Activité globale

Neuf-cent-cinquante actes ont été programmés en ORL entre mars et décembre 2015.

L'activité ambulatoire représente 30,8% de l'activité du service d'ORL (293 actes ambulatoires sur 950).

Les actes les plus représentés dans le service sont en premier lieu les actes otologiques avec 251 actes (26,4%), puis les actes concernant les amygdales, végétations et ATT avec 201 actes (21,2%), les actes rhinologiques avec 152 actes (16%) et enfin les gestes regroupant les kystes du tractus thyroïdienne (KTT), la chirurgie thyroïdienne, parathyroïdienne, ganglionnaire et réparation de fentes avec 137 actes (14,4%) (Tableau 2).

Tableau 2 : Liste et nombre d'actes programmés de mars à décembre 2015

Actes	Nombre d'actes	% de l'activité globale
Amygdalectomie+/-VG+/-ATT	111	11,7%
Adénoïdectomie+/-ATT	50	5,3%
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	40	4,2%
SOUS TOTAL	201	21,2%
Turbinoplastie	18	1,9%
Méatotomie	18	1,9%
Septoplastie+/-méato+/-turbino	32	3,4%
Ethmoïdectomie	24	2,5%
Rhinoseptoplastie	25	2,6%
Polypectomie	6	0,6%
Dacryocystorhinostomie	15	1,6%
Autre geste rhinologique	14	1,5%
SOUS TOTAL	152	16,0%
Exploration d'oreille	8	0,8%
Myringoplastie	54	5,7%
BAHA	7	0,7%
Otospongiose	37	3,9%
Canaloplastie	17	1,8%
Tympanoplastie	36	3,8%
Cholestéatome	58	6,1%
Ossiculoplastie+/- 2ème temps de cholestéatome	19	2,0%
Mastoidectomie	4	0,4%
Autre geste otologique	11	1,2%
SOUS TOTAL	251	26,4%
Fente vélo/palatine - gingivoperiostoplastie	19	2,0%
KTT	12	1,3%
Parotidectomie	16	1,7%
Thyroidectomie	39	4,1%
Loboisthmectomie	18	1,9%
Parathyroidectomie	7	0,7%
Cervicotomie	16	1,7%
Adenectomie cervicale	10	1,1%
SOUS TOTAL	137	14,4%
Sialendoscopie	20	2,1%
LES/endoscopie +/-geste	44	4,6%
Endoscopie du sommeil	3	0,3%
Ostéosynthèse fracture de la face (hors RFOPN)	22	2,3%
Chirurgie orthognatique	13	1,4%
Trachéotomie	9	0,9%
Otoplastie	13	1,4%
Réduction de fracture des os propres du nez	16	1,7%
PEA	4	0,4%
Frein de langue	6	0,6%
Enchondrome	6	0,6%
Exérèse lésion cutanée/Suture	32	3,4%
Fistule préhélécienne	3	0,3%
SOUS TOTAL	67	7,0%
Divers	18	1,9%
TOTAL	950	

2.1.2 Activité au bloc commun

Six-cent-cinquante-sept actes ont été réalisés au bloc commun (69,1% des 950 actes) (Tableau 3).

Les actes majoritairement réalisés au bloc commun sont représentés par :

- La chirurgie otologique avec 226 actes (34,4%),
- les chirurgies du KTT, de la thyroïde, de la parathyroïde, la chirurgie ganglionnaire et la réparation de fentes avec 137 actes (20,9%)
- la chirurgie rhinologique avec 93 actes (14,7%)
- la chirurgie des amygdales, végétations et ATT avec 72 actes (11%).

Soixante-treize actes ont été effectués en urgence au sein du bloc commun (10,6% des 657 actes), 5 urgences différables (Fractures des os propres du nez) étaient potentiellement réalisables en UCA. Dix otoplasties ont également été réalisées au bloc commun.

Tableau 3 : Liste et pourcentages des actes programmés au bloc commun entre mars et décembre 2015

Actes	Nombre d'actes	% des actes réalisés
Amygdalectomie+/-VG+/-ATT	64	9,7%
Adénoïdectomie+/-ATT	7	1,1%
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	1	0,2%
SOMME	72	11,0%
Turbinoplastie	3	0,5%
Méatotomie	12	1,8%
Septoplastie+/-méato+/-turbino	20	3,0%
Ethmoïdectomies	24	3,7%
Rhinoseptoplastie	12	1,8%
Polypectomie	3	0,5%
Dacryocystorhinostomie	5	0,8%
Autre geste rhinologique	14	2,1%
SOMME	93	14,2%
Exploration d'oreille	7	1,1%
Myringoplastie	41	6,2%
BAHA	2	0,3%
Otospongiose	34	5,2%
Canaloplastie	17	2,6%
Tympanoplastie	35	5,3%
Cholestéatome	58	8,8%
Ossiculoplastie+/- 2ème temps de cholestéatome	17	2,6%
Mastoïdectomie	4	0,6%
Autre geste otologique	11	1,7%
SOMME	226	34,4%

Fente vélo/palatine - gingivopériostoplastie	19	2,9%
KTT	12	1,8%
Parotidectomie	16	2,4%
Thyroïdectomie	39	5,9%
Loboïsthmectomie	18	2,7%
Parathyroïdectomie	7	1,1%
Cervicotomie	16	2,4%
Adénectomie cervicale	10	1,5%
SOMME	137	20,9%
Sialendoscopie	5	0,8%
LES/endoscopie +/-geste	44	6,7%
Ostéosynthèse fracture de la face (hors RFOPN)	22	3,3%
Chirurgie orthognatique	7	1,1%
Trachéotomie	9	1,4%
Otoplastie	10	1,5%
Réduction de fracture des os propres du nez	5	0,8%
Exérèse lésion cutanée/Suture	16	2,4%
SOMME	21	3,2%
Divers	11	1,7%
TOTAL	657	100,0%

2.1.3 Activité en UCA

Deux-cent quatre-vingt treize actes ont été réalisés en UCA (30,9% des 950 actes). (Tableau 4)

Les actes majoritairement réalisés en UCA sont représentés par :

- La chirurgie des amygdales, végétations et ATT avec 129 actes (44%),
- La chirurgie rhinologique avec 59 actes (20,1%).
- La chirurgie otologique avec 25 actes (8,5%)

Les gestes peu lourds et nécessitant une anesthésie générale comme les gestes cutanés, Potentiel Evoqués Auditifs (PEA), et les fractures des os propres du nez sont principalement réalisés à l'UCA (un total de 67 actes réalisés à 68,7% en UCA). Les sialendoscopies sont réalisées à 75% en ambulatoire (15 actes sur 20).

Il est à noter qu'aucune adénectomie n'a été programmée en UCA durant la période de mars à décembre 2015.

Tableau 4 : Listes et pourcentages des actes programmés en UCA entre mars et décembre 2015

Actes	Nombre d'actes	% des actes réalisés
Amygdalectomie+/-VG+/-ATT	47	16,0%
Adénoïdectomie+/-ATT	43	14,7%
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	39	13,3%
SOMME	129	44,0%
Turbinoplastie	15	5,1%
Méatotomie	6	2,0%
Septoplastie+/-méato+/-turbino	12	4,1%
Rhinoseptoplastie	13	4,4%
Polypectomie	3	1,0%
Dacryocystorhinostomie	10	3,4%
SOMME	59	20,1%
Exploration d'oreille	1	0,3%
Myringoplastie	13	4,4%
BAHA	5	1,7%
Otospongiose	3	1,0%
Tympanoplastie	1	0,3%
Ossiculoplastie+/- 2ème temps de cholestéatome	2	0,7%
SOMME	25	8,5%
Sialendoscopie	15	5,1%
Endoscopie du sommeil	3	1,0%
Chirurgie orthognatique	6	2,0%
Otoplastie	3	1,0%
Réduction de fracture des os propres du nez	11	3,8%
PEA	4	1,4%
Frein de langue	6	2,0%
Enchondrome	6	2,0%
Exérèse lésion cutanée/Suture	16	5,5%
Fistule pré-hélicéenne	3	1,0%
SOMME	46	15,7%
Divers	7	2,4%
TOTAL	293	

2.2 Répartition des activités par types d'actes

Nous avons détaillé dans ce chapitre uniquement les actes les plus représentés au sein de l'activité chirurgicale du service d'ORL (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des actes en UCA et au bloc commun

	Nombre d'actes	Taux de réalisation en UCA	Taux de réalisation au bloc commun
Amygdalectomie+/-VG+/-ATT	111	42,3%	57,7%
Adénoïdectomie+/-ATT	50	86,0%	14,0%
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	40	97,5%	2,5%
SOMME	201	64,2%	35,8%
Turbinoplastie	18	83,3%	16,7%
Méatotomie	18	33,3%	66,7%
Septoplastie+/-méato+/-turbino	32	37,5%	62,5%
Ethmoïdectomie	24	0,0%	100,0%
Rhinoseptoplastie	25	52,0%	48,0%
Polypectomie	6	50,0%	50,0%
Dacryocystorhinostomie	15	66,7%	33,3%
Autre geste rhinologique	14	0,0%	100,0%
SOMME	152	38,8%	61,2%
Exploration d'oreille	8	12,5%	87,5%
Myringoplastie	54	24,1%	75,9%
BAHA	7	71,4%	28,6%
Otospongiose	37	8,1%	91,9%
Canaloplastie	17	0,0%	100,0%
Tympanoplastie	36	2,8%	97,2%
Cholestéatome	58	0,0%	100,0%
Ossiculoplastie+/- 2ème temps de cholestéatome	19	10,5%	89,5%
Mastoidectomie	4	0,0%	100,0%
Autre geste otologique	11	0,0%	100,0%
SOMME	251	10,0%	90,0%
Fente vélo/palatine - gingivoperiostoplastie	19	0,0%	100,0%
KTT	12	0,0%	100,0%
Parotidectomie	16	0,0%	100,0%
Thyroïdectomie	39	0,0%	100,0%
Loboïsthmectomie	18	0,0%	100,0%
Para-thyroïdectomie	7	0,0%	100,0%
Cervicotomie	16	0,0%	100,0%
Adénectomie cervicale	10	0,0%	100,0%
SOMME	137	0,0%	100,0%
Sialendoscopie	20	75,0%	25,0%
LES/endoscopie +/-geste	44	0,0%	100,0%
Endoscopie du sommeil	3	100,0%	0,0%
Ostéosynthèse fracture de la face (hors RFOPN)	22	0,0%	100,0%
Chirurgie orthognatique	13	46,2%	53,8%
Trachéotomie	9	0,0%	100,0%
Otoplastie	13	23,1%	76,9%
Réduction de fracture des os propres du nez	16	68,8%	31,3%
PEA	4	100,0%	0,0%
Frein de langue	6	100,0%	0,0%
Enchondrome	6	100,0%	0,0%
Exérèse lésion cutanée/Suture	32	50,0%	50,0%
Fistule préhélécenne	3	100,0%	
SOMME	67	68,7%	31,3%
Divers	18	38,9%	61,1%
TOTAL	950		

2.2.1 Amygdalectomie, adénoïdectomie, aérateurs transtympaniques

Les actes amygdalectomies, adénoïdectomie et pose/dépose d'ATT sont réalisés majoritairement en UCA (64,2% soit 129 actes sur 201 au total).

Le taux de réalisation en ambulatoire observé pour l'acte pose/dépose d'ATT est de 97,5%, celui de l'acte adénoïdectomie de 86,0% et celui de l'acte amygdalectomie de 42,3%.

2.2.2 Actes rhinologiques

Ils sont réalisés à hauteur de 38,8% en ambulatoire (59 sur 152 actes rhinologiques). Le taux de réalisation des turbinoplasties en ambulatoire est de 83,3% (15 sur 18 actes), celui des dacryo-cysto-rhinostomies (DCR) est de 66,7%, des polypectomies de 52,0%, des rhinoplasties 50,0%, des septoplasties de 37,5% et celui des méatotomies moyennes de 33,3%.

2.2.3 Actes otologiques

La chirurgie otologique n'est réalisée à l'UCA que dans 10% des cas.

Les poses et déposes de BAHA sont réalisées à 71,4% en ambulatoire (5 actes sur 8). En revanche, les myringoplasties sont réalisées à hauteur de 24,1% en UCA (13 actes sur 54), les tympanoplasties à 2,8%, les ossiculoplasties à 10,5% et les otospongioses à 8,1% (3 actes sur 37).

2.2.4 Autres actes

Les sialendoscopies sont réalisées dans 75% des cas (15 sur 20 sialendoscopies) en UCA.

Les actes comme les PEA, les freinoplasties ou les exérèses d'enchondromes sont effectués à 100% en ambulatoire. En revanche, 31,1% des réductions des fractures des os propres du nez, gestes pourtant ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, ne sont pas réalisés à l'UCA.

Enfin, 23,1% des otoplasties ont été programmées en UCA (3 sur 13 otoplasties).

2.3 Potentiel de transfert du bloc commun vers l'UCA

Cent quarante-sept actes programmés en hospitalisation conventionnelle auraient pu être programmés en UCA (soit 15,5% de l'activité chirurgicale globale ou 22,4% des 657 actes réalisés au bloc commun).

2.3.1 Critères de contre-indication à l'ambulatoire

Cinq-cent-dix actes des actes réalisés au bloc conventionnel n'ont pu être programmé en UCA.

Les contre-indications relevées sont au nombre de 666, certains actes pouvant présenter plusieurs contre-indications à la fois (Figure 15). Elles ont été réparties en cinq classes :

- En rapport avec la pathologie traitée : suites attendues lourdes ou potentiellement hémorragiques, durée d'intervention longue au-delà de 2 heures (choix arbitraire du service déterminé devant le nombre et l'amplitude horaire des vacances offertes)
- En rapport avec les antécédents (ATCDt) du patient : âge et acte incompatibles, syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) si chirurgie pharyngée ou rhinologique, antécédent cardio-respiratoire (hors SAOS), asthme, trouble de l'hémostase et autres antécédents.
- En rapport avec l'environnement du patient : incarcération, problème de langue, hôpital à distance du domicile, absence d'accompagnant, refus du patient
- En rapport avec le caractère urgent de l'acte
- En rapport avec le fait que le patient soit déjà hospitalisé dans un service

La contre-indication principale à la prise en charge ambulatoire est en rapport avec la pathologie et l'acte réalisé (78%, 397 sur 510 actes). Il s'agit des chirurgies cervicales de type thyroïdectomie, parathyroïdectomie, exérèse de KTT, curage, les actes endoscopiques avec gestes laryngés, les ethmoïdectomies et certaines rhinoseptoplasties complexes et les ostéosynthèses de fracture de la face. Ces

chirurgies sont souvent longues (> 2 heures), à risque hémorragique et avec des suites opératoires difficiles (douleur, dyspnée, risque d'hématome,...).

Les antécédents du patient représentent la deuxième cause de contre-indication à l'ambulatoire (20,0%, soit 102 actes sur 510), avec en premier lieu le SAOS (41,1%, soit 21 actes sur 102) et l'âge incompatible avec la chirurgie pour une prise en charge ambulatoire (39,2%, soit 20 actes sur 102). On peut citer comme exemple un âge inférieur à 3 ans pour une amygdalectomie.

Les raisons pour lesquelles l'acte programmé au bloc conventionnel n'est pas programmé en ambulatoire sont en rapport avec...

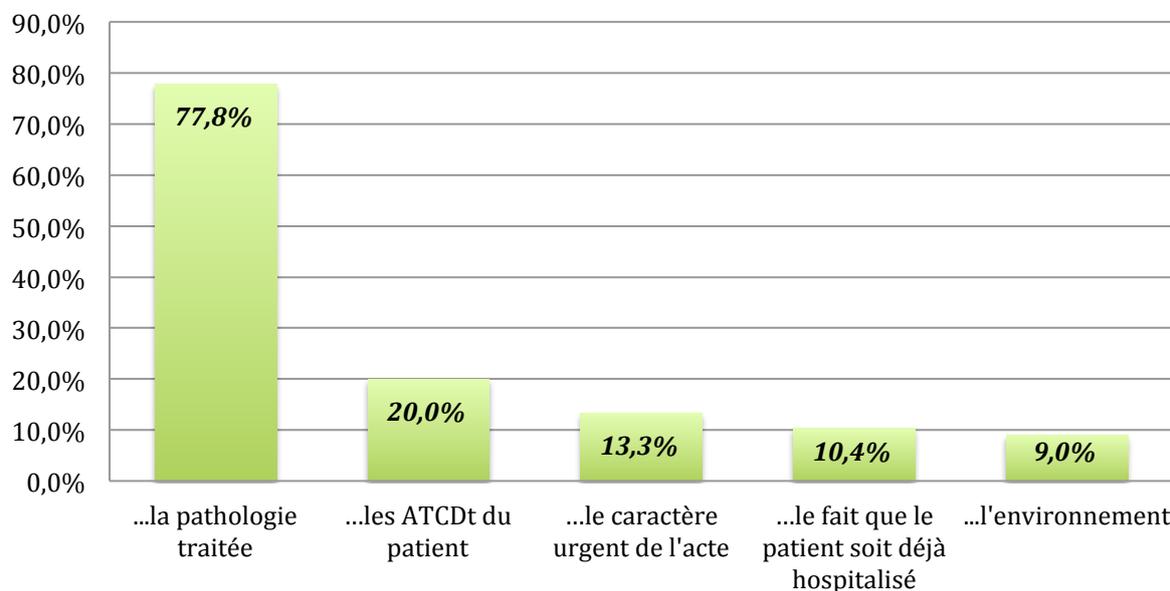


Figure 15 : Contre-indications à la prise en charge ambulatoire pour les actes programmés au bloc commun entre mars et décembre 2015

Parmi les facteurs environnementaux, la distance élevée entre l'hôpital et le domicile (supérieure à 1h de transport) était la plus représentée (28,2%, soit 13 actes sur 46 actes).

Soixante-huit actes réalisés en urgence (13,3% des 510 actes non transférables en ambulatoire) ne pouvaient être réalisés en ambulatoire. Une chirurgie lourde d'une durée longue ou des suites opératoires attendues difficiles, le caractère d'urgence ou l'hospitalisation des patients dans un autre service rendaient impossible l'organisation du geste en ambulatoire.

2.3.2 Raisons de non programmation en UCA d'un acte pouvant être pris en charge en ambulatoire

Parmi les 147 actes qui auraient pu être pris en charge à l'UCA, nous avons recueilli la raison de la programmation au bloc commun dans 144 cas soit un taux d'exhaustivité de 98%.

Le délai trop long de programmation à l'UCA est de loin la raison principale (112 actes soit 76,0%).

La deuxième cause est le problème posé par le matériel (30 actes soit 20,5%). Il concerne essentiellement la chirurgie otologique compte-tenu d'un microscope vieux de 15 ans et difficile à manipuler avec lequel plusieurs opérateurs ne souhaitent pas travailler.

La dernière raison mise en évidence est la préférence du chirurgien (1,4%, soit 2 actes sur 147), elle concerne 2 otoplasties pour lesquelles le chirurgien préfère une surveillance en hospitalisation complète du fait du risque d'hématome en post-opératoire.

Les raisons pour lesquelles une chirurgie relevant de l'ambulatoire est programmée en conventionnel sont en rapport avec...

- ... un délai de disponibilité de l'UCA trop long
- ... un problème de matériel
- ... une raison inconnue
- ... une préférence du chirurgien

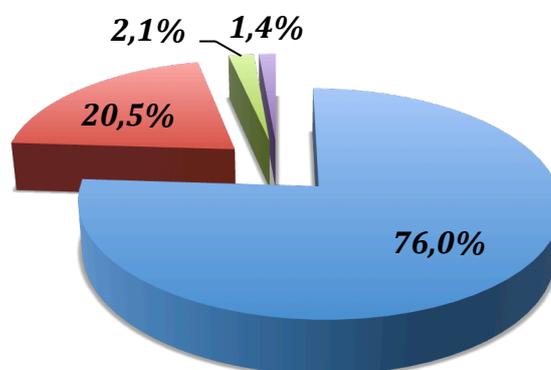


Figure 16 : Raisons pour lesquelles un acte pouvant être pris en charge en ambulatoire est réalisé au bloc commun entre mars et décembre 2015

2.3.3 Actes transférables en ambulatoire

Les actes transférables en ambulatoire sont donc au nombre de 147 sur une période de 10 mois de programmation. Ils représentent 22,4% des actes programmés en hospitalisation traditionnelle (657 actes) (Tableau 6).

Les actes les plus représentés concernent la chirurgie otologique avec 92 actes transférables (71,3% des 147 actes), la chirurgie rhinologique avec 18 actes (11,9%), les otoplasties avec 10 actes transférables (6,8%) puis les adénectomies cervicales avec 7 actes (4,8%).

Tableau 6 : Liste d'actes transférables en UCA

Actes	Nombre d'actes
Myringoplastie	27
Otospongiose	26
Tympanoplastie	18
Ossiculoplastie+/-2ème temps de cholé	12
Otoplastie	10
Adénectomie cervicale	7
Septoplastie+/-méatotomie+/-turbino­plastie	7
Réduction de fracture des os propres du nez	5
Exploration d'oreille	4
Méatotomie	4
DCR	3
LES/endoscopie+/-geste	3
Canaloplastie	3
Amygdalectomie +/- VG +/- ATT	2
Chirurgie orthognatique	2
Exérèse lésion cutanée/Suture	2
Rhino­septoplastie	2
Sialendoscopie	2
BAHA	2
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	1
Turbino­plastie	1
Retouche fente vélo/palatine - gingivopériostoplastie	1
Autre geste rhinologique	1
Divers	2
TOTAL	147

2.3.4 Organisation du transfert en UCA

2.3.4.1 Analyse des besoins

Deux dispositions semblent importantes au vu des résultats de l'étude afin de permettre le transfert de toute l'activité transférable de l'hospitalisation conventionnelle vers la prise en charge ambulatoire : l'allocation de vacations opératoires au sein de l'UCA, et la mise à disposition de matériel performant pour la pratique de la chirurgie otologique (microscope adapté).

2.3.4.2 Nombre de vacations nécessaires à l'accueil de l'activité transférable

Les temps d'occupation de salle pour chaque intervention d'ORL réalisée en UCA et au bloc commun ont été obtenus à l'aide du logiciel OPALE et fournis par la directrice des blocs opératoires de l'hôpital Bicêtre. Les durées moyennes ou les médianes ont été utilisées selon le nombre d'interventions prises en compte dans le calcul des temps d'occupation.

Le temps nécessaire à l'accueil de l'activité transférable a été obtenu en multipliant ces temps par le nombre de chaque acte (Tableau 7).

Les deux catégories « Autres actes rhinologiques » et « Divers » (3 actes) n'ont pas été prises en compte.

Tableau 7 : Calcul du temps nécessaire à l'accueil des actes transférables en UCA en minutes

Actes	Nombre d'actes	Temps d'occupation de salle par actes (minutes)	Temps nécessaire par type d'acte (minutes)
Myringoplastie	27	150	4050
Otospongiose	26	161	4186
Tympanoplastie	18	178	3204
Ossiculoplastie+/-2ème temps de cholé	12	135	1620
Otoplastie	10	161	1610
Adénectomie cervicale	7	66	462
Septoplastie+/-méato+/-turbino	7	94	658
Réduction de fracture des os propres du nez	5	47	235
Exploration d'oreille	4	135	540
Méatotomie	4	82	328
DCR	3	109	327
LES/endoscopie+/-geste	3	65	195
Canaloplastie	3	178	534
Amygdalectomie +/- VG+/- ATT	2	80	160
Chirurgie orthognatique	2	150	300
Exérèse lésion cutanée/Suture	2	85	170
Rhinoseptoplastie	2	164	328
Sialendoscopie	2	115	230
BAHA	2	104	208
ATT	1	29	29
Turbinoplastie	1	45	45
Retouche de fente vélo/palatine - gingivoperiostoplastie	1	66	66
TOTAL	144		19485

Un total de 19 485 minutes serait nécessaire pour accueillir l'activité du bloc commun transférable en UCA à laquelle s'ajoute 5 minutes de nettoyage entre les blocs soit 20 205 minutes ou 336,8 heures ou 51,8 vacations (6h30 heures par vacation). Compte-tenu que la période de recueil s'étend de mars à décembre 2015 (10 mois sur 12), et considérant que l'activité de programmation du mois de janvier et de février 2015 a été équivalente à celle des autres mois de l'année, il faudrait par an $51,8 \times 12 / 10 = 62,1$ vacations supplémentaires pour effectuer $146 \times 12 / 10 = 176$ actes. Cela équivaudrait à 1,44 vacations supplémentaires par semaine, en tenant compte des périodes de fermeture de l'UCA (43 semaines d'ouverture).

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Activité chirurgicale de l'UCA entre 2000 et 2014

1.1 Les limites du recueil de l'activité chirurgicale de l'UCA entre 2000 et 2014

Le recueil s'est effectué à partir des bases de données fournies par les secrétaires de l'UCA, relevant l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés à l'UCA toutes spécialités confondues.

Les gestes effectués en ORL sur l'ensemble des vacations ont été extraits.

Le nombre d'échecs de l'ambulatoire ou des annulations et leurs causes ont été entièrement comptabilisés par ces secrétaires au fur et à mesure. Les résultats obtenus, stables en fonction des années, et la concordance du recueil sur certains dossiers étudiés aléatoirement laissent penser que les données sont représentatives. De plus, les informations étaient complètes dans la majorité des cas avec seulement 13% des causes d'échec d'ambulatoire non renseignées dans les données fournies (7% retrouvés en étudiant les dossiers patients pour arriver à 6% de causes d'échec non renseignées) et 7% des causes d'annulation non renseignées.

Une des limites principales concerne le relevé des actes annulés depuis l'ouverture de l'UCA : ceux-ci n'étaient pas recueillis s'ils avaient lieu avant le staff de programmation qui se déroulaient le jeudi de la semaine précédente de l'acte. Ainsi les annulations étudiées ne concernent que celles comprises à J-0 pour les actes du lundi et entre J-5 et J0 pour les actes du vendredi. Le taux d'annulation est donc très probablement sous-évalué dans cette étude et responsable de fin précoce du programme opératoire. On note toutefois que les actes concernés par ces annulations sont souvent des gestes peu chronophages qui sont réalisés dans la population pédiatrique (59,6% d'actes de type amygdalectomie, adénoïdectomie et pose/dépose d'ATT).

1.2 Problèmes posés par les annulations

Le nombre des actes annulés a été recueilli depuis 2001 mais leurs causes depuis 2009 seulement. Elles n'ont pas beaucoup évoluées sur cette période. Les taux d'annulation sont par ailleurs similaires sur les deux périodes 2001-2014 et 2009-2014 (13,1% vs 11,8%).

A l'UCA de Bicêtre, les annulations sont élevées avec 610 actes entre 2001 et 2014, soit en moyenne 44 actes par an.

Les annulations des séjours en UCA globalement très tardives (66% entre J-5 et J0) sont parfois responsables de la fin précoce du programme et rendent difficile l'adaptation de la structure ambulatoire à un taux d'utilisation optimal supérieur à 80% des plages opératoires. Il est en effet très difficile de convoquer au dernier moment des patients pour une intervention : tant sur le plan organisationnel (consultation d'anesthésie, appel, matériel..) que personnel (pour disponibilité personnelle et accompagnant).

Certaines annulations sont plus ou moins faciles à prévenir et reposent sur une bonne information du patient : nécessité d'un accompagnant, signature de l'autorisation d'opérer par les deux parents.

Cinq pourcents des annulations sont expliquées par un défaut d'autorisation d'opérer. Une solution simple serait de la récupérer directement au cours de la consultation d'anesthésie ou lors de la pré-admission. L'anticipation de la consultation d'anesthésie bien en amont de la chirurgie est importante afin d'éviter les annulations quand le patient ne se rend pas à sa consultation (4% des causes d'annulation) ou lorsqu'il est récusé au cours de celle ci (2% des cas).

Dans notre étude, les propositions citées ci-dessus, même si elles sont appliquées, ne permettraient potentiellement de réutiliser ou d'optimiser l'utilisation des plages opératoires que de 11% des actes annulés (soit la somme des 3 causes sus citées, équivalent à 5 actes par an).

Les nouvelles fonctions d'infirmière de coordination au sein des unités de chirurgie ambulatoires permettraient sans doute de mieux relayer l'information faite par les chirurgiens et les anesthésistes aux patients et d'éviter un certain nombre d'annulations.

L'HAS et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ont publié en novembre 2013 un guide de pratique et conseils pour la gestion des unités de chirurgie ambulatoire [27]. Elles proposent d'utiliser notamment comme marqueur qualitatif de gestion d'une UCA le taux d'annulation à J0.

Les solutions proposées pour dépister les annulations précocement sont :

- de fluidifier au maximum l'amont de la prise en charge (au moment de la consultation pré-anesthésie, de la pré-admission) pour, entre autre, éviter les écueils de l'annulation le jour de l'intervention pour un problème administratif ou organisationnel (pas d'autorisation d'opérer, pas d'accompagnant, pas de consultation d'anesthésie, pas de prise en charge sociale)
- l'appel de la veille ou dans les 48h précédant l'intervention, pour réaffecter à une autre spécialité la plage opératoire rendue disponible en cas d'annulation.

L'étude AMBUPROG, menée dans les Unités de Chirurgie Ambulatoire de 11 hôpitaux universitaires parisiens entre novembre 2012 et septembre 2013, a montré que l'appel précoce entre J-3 et J-7 des patients devant être opérés n'aboutit pas à moins d'annulations par rapport aux patients appelés la veille [28].

Dans notre étude, la majorité des causes d'annulation restent imprévisibles et tardives : la maladie aiguës et les grèves du personnel.

53,6% des patients programmés entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2015 ont moins de 12 ans. Les enfants sont plus souvent malades et/ou récusés par les anesthésistes et responsables de taux d'annulation parfois élevés.

54% des annulations sont liées à une maladie, soit 23 actes par an en moyenne, 80% de ces annulations concernant des enfants de moins de 12 ans,

La deuxième cause d'annulation est la grève des IADE. Ces grèves, fréquentes à l'hôpital public, sont responsables de près de 13% des annulations de 2009 à 2014 (soit 34 actes au total, ou 6 actes par an).

Face à ces annulations tardives, une des solutions proposées par l'UCA de Bicêtre est le surbooking, appliqué pour toutes les vacances depuis 2013. Il ne prévient pas les annulations, mais permet d'éviter une fin de programme trop précoce. Le taux d'utilisation des salles d'ORL à l'UCA stable mais moyen (77% en 2011 vs 73% en 2013, pas de données plus anciennes) a donc augmenté ces dernières années pour dépasser 80% en 2014 jusqu'à atteindre 89% pour les 2 premiers mois de l'année 2016 (+16 points).

1.3 Evolution de l'activité chirurgicale : stagnation de l'activité à l'UCA ?

Le nombre annuel d'actes à l'UCA a globalement augmenté entre 2001 et 2014 de 41%, mais sa croissance s'est ralentie depuis 2009 avec +14% seulement entre 2009 et 2013, et une stagnation de l'activité depuis 2013 (-0,3% de 2013 à 2015).

En parallèle le nombre d'actes par vacation est resté stable à 3,5 actes par vacations en moyenne (3,3 en 2001 à 3,4 en 2014).

La part de l'activité de l'UCA au sein de l'activité chirurgicale du service d'ORL semble se stabiliser depuis 5 ans avec +0,8% entre 2010 et 2015. Elle représente en moyenne un peu plus de 30% de l'activité chirurgicale totale qui n'a pas varié sur cette période.

Ces constatations peuvent s'expliquer par le fait que les types d'actes pratiqués en UCA ont beaucoup évolué ces dernières années. En effet, de nouveaux gestes comme la chirurgie otologique ont connu un développement assez récent de leur pratique ambulatoire : +9% entre 2001 et 2009 (11 vs 12 actes), et +166% entre 2009 et 2014 (12 vs 32 actes). Ces nouveaux actes ont des durées opératoires plus longues que les actes habituellement et majoritairement pratiqués à l'UCA comme la chirurgie des amygdales, végétations et poses d'aérateurs trans-tympaniques (51,8% des actes pratiqués à l'UCA en 2014). Ces actes otologiques diminuent ainsi le nombre d'actes par vacation en allongeant le temps opératoire moyen par actes, et donc l'évolution du nombre d'actes réalisés en UCA.

Il en est de même pour les actes rhinologiques qui sont restés globalement stables à l'UCA entre 2001 et 2012 (-4%, 51 vs 49 actes), et ont fortement augmenté entre 2012 et 2014 (+65%, 49 vs 81 actes).

Ainsi, se baser sur l'évolution du nombre d'actes par an réalisé à l'UCA et sur le nombre d'actes par vacation n'est pas le meilleur critère de jugement du développement d'une UCA.

1.4 Avantages et limites des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire

Il existe 4 types de structures pratiquant la chirurgie ambulatoire : les centres indépendants, les centres satellites, les centres intégrés et les structures de fonctionnement autonome. Ces différentes structures ont été décrites page 30.

Les centres indépendants qui ne pratiquent que la chirurgie ambulatoire souvent très spécialisée, présentent une organisation simple avec un respect des horaires facilité par le type de chirurgie pratiquée. Le coût de fonctionnement de ces unités est faible du fait du nombre limité d'actes différents pratiqués (matériels limités, économies de volume). Les acteurs médicaux et paramédicaux sont spécifiquement formés et entraînés à la pratique ambulatoire. Enfin, les risques d'infections nosocomiales y sont très faibles compte-tenu de l'absence de contact avec le milieu hospitalier conventionnel. En revanche l'organisation de ces centres se trouve très perturbée en cas de nécessité de ré-hospitalisation.

Les centres satellites doivent être suffisamment dimensionnés ou permettre une extension facile afin d'éviter la saturation de la structure. A Bicêtre, la construction du centre satellite a permis le développement rapide de la chirurgie ambulatoire dès 2000 mais les 3 salles d'intervention et les 6 places de SSPI représentent un facteur limitant à l'augmentation de l'activité, même si on met de côté l'insuffisance de la durée des vacations. Un deuxième inconvénient majeur est la nécessité d'avoir sur place un équipement en matériel opératoire de qualité, pouvant parfois faire doublon avec le matériel déjà présent au niveau du bloc conventionnel. Le budget d'investissement est donc plus élevé que pour les centres intégrés et les structures autonomes. A contrario, l'avantage est que, en-dehors des infirmières anesthésistes, le personnel infirmier est dédié et que le parcours des patients est bien identifié.

Les centres intégrés possèdent un certain nombre d'avantages semblant répondre au mieux à la spécificité du mode de prise en charge en ambulatoire : comme les salles d'opérations et le secteur d'hospitalisation sont communs aux activités ambulatoire et conventionnelle, le transfert rapide d'un patient dans la structure d'hospitalisation classique adjacente en cas de besoin est facilité et la disponibilité du matériel chirurgical est aisée. Les principaux risques de ce type d'organisation sont des dysfonctionnements organisationnels avec le passage d'un secteur à l'autre

sans rigueur car il peut être difficile de disposer de locaux et de personnels dédiés à l'activité ambulatoire.

Les structures de fonctionnement autonomes cumulent les avantages des centres intégrés et satellites. Le principal inconvénient est la nécessité d'avoir les capacités d'accueil d'un bloc dédié à l'ambulatoire au sein même du bloc commun souvent déjà saturé.

2 Potentiel de transfert en ambulatoire des actes programmés entre le 1^{ER} mars et le 31 décembre 2015

2.1 Les limites du recueil de données

Le taux de remplissage des fiches lors de la programmation des patients a été de 70,1%. Les fiches non remplies sont le fait d'oubli des chirurgiens et du manque de contrôle des secrétaires. Concernant les fiches remplies, un des principaux biais est leur remplissage partiel par 1 ou 2 médecins dont l'activité repose sur la chirurgie otologique (tympanoplasties et cholestéatomes) et les rhinoplasties sans être majoritaire. Après avoir analysé l'activité chirurgicale, il est ressorti que l'ensemble des tympanoplasties et exérèses de cholestéatome concernés était réalisé en secteur conventionnel et les rhinoplasties majoritairement en secteur ambulatoire. Ces constatations n'ont pas eu d'influence sur l'estimation de l'activité transférable en ambulatoire.

Grâce à l'étude rétrospective complémentaire du programme opératoire sur le logiciel IPOP, nous avons pu retrouver l'ensemble des patients dont la planification opératoire a eu lieu entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2015. Nous avons donc pu étudier 100% de la programmation opératoire sur la période concernée.

2.2 Faisabilité des actes transférables en ambulatoire dans la littérature

Certains actes ne semblent pas réalisables en ambulatoire comme les actes d'ostéosynthèse de fracture de la face hors RFOPN et les chirurgies cervicales lourdes compte-tenu des suites de ces interventions et de leur durée, même si

certaines actes, comme les thyroïdectomies, sont décrits et pratiqués en ambulatoire par certaines équipes [29], [30]. Dans cette étude, seuls les actes pour lesquels le service d'ORL avait une pratique de l'ambulatoire ont été considérés comme transférables.

Le temps d'occupation de salle a également été déterminant dans le choix des actes à transférer. Ne disposant à l'UCA que d'un accès limité lié à la structure (activité à se partager entre 8 spécialités, fin précoce des programmes dans la journée, fermeture pendant les vacances scolaires), il nous a fallu privilégier les actes courts, plus nombreux, classiquement faits en ambulatoire au détriment de chirurgies plus longues, qui auraient embolisé les salles et qui nous auraient conduits à refaire en chirurgie conventionnelle les amygdalectomies, adénoïdectomies...

Plusieurs données de la littérature confirment la faisabilité des actes transférables en UCA. Cette revue de la littérature est importante afin de ne pas baser cette étude sur des données administratives unicentriques, d'étayer la faisabilité technique de ces actes en ambulatoires et d'obtenir des taux d'échecs de prise en charge ambulatoire à prévoir, et d'avoir une idée des taux d'échecs pour anticiper le nombre de lits d'aval dont on pourrait avoir besoin.

Quatre-vingt-douze actes otologiques réalisés au cours d'une hospitalisation conventionnelle dans notre étude semblent transférables vers l'UCA. La majorité de ces actes (myringoplastie, otospongiose, ossiculoplastie...) n'est pas faite à l'UCA en raison des délais de programmation et surtout du microscope, vieux de quinze ans et difficile à manipuler. Il est important de rappeler que l'acte réalisé en UCA doit l'être dans les mêmes conditions techniques et de sécurité qu'en chirurgie conventionnelle, ce qui n'est pas le cas à Bicêtre pour ce type de chirurgie. D'ailleurs, pour cette raison, depuis janvier 2016, il n'y a plus aucune chirurgie de l'oreille programmée en ambulatoire, les chirurgiens attendant un nouveau microscope.

De nombreuses études publiées confirment la faisabilité de réaliser de tels actes au cours d'une hospitalisation ambulatoire chez l'adulte [31]–[35] ou chez l'enfant [31], [36], [37] avec des taux de transformation en hospitalisation conventionnelle ou de réadmission dans les 24h ou variant de 0,9% chez l'adulte [31] à 25% dans les cas de chirurgie mastoïdienne chez l'enfant [37]. Le taux d'échec de la chirurgie de l'otospongiose en ambulatoire est rapporté dans 7,4% [38] à 12,5% des cas [35] avec un plus faible taux d'admission en hospitalisation conventionnelle en cas de

stapédotomie vs stapédecotomie ([38], 4% vs 11%). La technique de stapédotomie est la plus communément utilisée à l'hôpital Bicêtre.

Les causes de réadmission ou d'hospitalisation conventionnelle sont principalement les nausées et vomissement post-opératoires en cas de chirurgie d'oreille [39]. Ces facteurs d'échecs de prise en charge ambulatoire peuvent être évalués en consultation préopératoire en cas d'antécédent de nausées et vomissements après une chirurgie précédente ou de mal des transports [32]. La sévérité de la pathologie ou la l'importance du geste otologique réalisé ne serait pas impliqué dans ces échecs d'après Megerian et al. [32].

La durée opératoire sans être une contre-indication à la pratique du geste en ambulatoire, peut retentir sur la récupération du patient après le réveil. Une des solutions pour diminuer les taux de repli associés à ces gestes, serait de programmer ces gestes tôt dans la journée. La Société Française d'Anesthésie Réanimation ne recommande par ailleurs pas de durée opératoire maximale pour la pratique d'un geste en ambulatoire.

Dix-huit actes rhinologiques pourraient également être réalisés en ambulatoire. Ils ne le sont pas pour causes de délai de programmation trop long à l'UCA dans 100% des cas. Bhattacharrya et al. [40] présente dans son étude un taux de réadmission de 2,65% avec 600 000 patients inclus chez qui une chirurgie nasosinusienne (panel d'actes très variés) a été pratiquée en ambulatoire, Les recommandations concernant les actes de septoplastie, de méatotomie moyenne et de réduction de fracture des os propres du nez ont été publiées courant 2015 par la SFORL [41] : ils ne présentent aucune contre-indication à la pratique en ambulatoire (sauf cas particuliers, tels que les trouble de l'hémostase ou la prise d'anticoagulant exclus dans notre étude par le recueil de données préopératoire). Il est à noter que l'acte de septoplastie d'origine post-traumatique et les reprises de septoplastie ne présentent pas une contre-indication en eux-même à une prise en charge ambulatoire, mais sont laissés à l'appréciation de chaque chirurgien.

Dans une étude récente, Leneveu [42] rapporte un taux de repli de 1% pour 192 patients pris en charge en ambulatoire pour une septoplastie, une polypectomie et/ou une méatotomie moyenne. Les échecs de la prise en charge ambulatoire (n=2) étaient dus à un choc anaphylactique et à non respect du jeûn par le patient.

Pour l'acte de rhinoseptoplastie, Lechot et al [43] rapporte un taux d'échec de prise en charge ambulatoire de 5,4% seulement pour douleur, nausées ou saignement dans les 6 heures post-opératoires.

2.3 Mesures pour développer les actes ambulatoires

2.3.1 Logistiques

La mise à disposition d'un matériel dédié à l'ambulatoire dans le centre satellite de Bicêtre semble indispensable au développement de la chirurgie otologique et rhinologique. On peut citer la présence d'un microscope et de sièges adaptés pour le chirurgien, d'un laser dédié ou de consoles moteur, de colonnes haute définition... afin d'éviter les aller-retours au bloc conventionnel et de faciliter la programmation dans les deux secteurs.

2.3.2 Vacations

La grande majorité des vacations mises à disposition du service d'ORL est occupée avec un taux d'utilisation supérieur à 80% depuis 2014 (83% en 2015). L'optimisation de la programmation s'est améliorée au fil des années. En effet on observe jusqu'à 18 vacations vides en 2004, liées à l'indisponibilité des chirurgiens, et qui n'ont pu être réattribuées faute de communication avec le secrétariat de l'UCA. Ce problème a été rapidement résolu avec seulement 6 vacations rendues en 2006 et 3 en 2008. Grâce à la vigilance des praticiens, les vacations sont désormais rendues très en avance.

Dans notre étude, 112 actes n'ont pas pu être programmés en ambulatoire pour cause de délai d'accès trop long à l'UCA (72,0% des causes d'actes relevant de la chirurgie ambulatoire réalisés en hospitalisation conventionnelle). Le nombre de vacations allouées à l'ORL – et aux autres spécialités en général – est donc insuffisant. Le fait que l'UCA soit fermée pendant les vacances scolaires y joue un rôle important pour deux raisons. Tout d'abord les vacances scolaires représentent un nombre non négligeable de vacations indisponibles. Ensuite il existe une demande accrue de prise en charge par les patients pendant ces périodes de

l'année pour limiter les absences scolaires chez les enfants ou au travail pendant les périodes de forte activité chez les adultes. Par expérience, on sait qu'il y a peu de demande en août et pendant les congés de fin d'année mais l'UCA pourrait rester ouverte les autres vacances. A Bicêtre, le choix de fermer l'UCA pendant 9 semaines permet d'être en adéquation avec la législation du temps de travail des personnels paramédicaux et des secrétaires.

Nous avons calculé que pour transférer les 147 actes réalisables en ambulatoire sur 10 mois, il faudrait attribuer au service ORL 1,44 vacation hebdomadaire supplémentaire (soit 1 et 2 vacances par semaine, une semaine sur deux). En l'état actuel du taux d'utilisation supérieur à 80% de toutes les salles de l'UCA, toutes spécialités confondues, les alternatives pour augmenter le nombre de patients ORL opérés à l'UCA se déclinent au nombre de trois, par efficacité décroissante :

- Accroître la capacité de l'UCA, en terme de nombre de lits d'accueil, de salles d'intervention et de places de SSPI. Cette solution nécessiterait alors un investissement financier majeur de la part de l'hôpital, et mettrait quelques années avant d'être opérationnelle mais permettrait à toutes les spécialités d'en bénéficier. Avant cela, il faudrait déjà augmenter l'amplitude horaire des plages de chirurgie et réduire le nombre de jours de fermeture de l'UCA mais cela implique du personnel paramédical et anesthésique en plus.
- Créer un centre intégré au sein du service d'hospitalisation d'ORL avec un accueil et du personnel dédié permettant une entrée et une sortie du patient le jour même. Cette solution serait simple à mettre en œuvre mais il y a plusieurs inconvénients : installer une telle organisation pour 176 actes par an uniquement (le nombre d'actes 176 est obtenu en extrapolant l'activité de programmation de 10 mois sur un an) nécessiterait, pour être rentable, de se regrouper avec un autre service comme l'ophtalmologie qui pratique une partie de son ambulatoire de façon foraine ; d'autre part, le bloc opératoire est loin de l'hospitalisation et la gestion des flux de patients ne serait pas optimale.
- Faire une pratique de chirurgie ambulatoire dite « foraine » mais l'hôpital serait perdant financièrement avec des dépenses en personnel et en hôtellerie plus importantes qu'en structure ambulatoire.

2.4 Conséquences sur l'hospitalisation conventionnelle et le bloc commun

Le transfert d'activité vers l'ambulatoire pourrait s'accompagner d'une fermeture de lits en hospitalisation conventionnelle, dont le nombre reste à définir, et d'une diminution du personnel para médical affecté au service. 147 à 294 nuitées pourraient être supprimées (soit 176 à 352 nuitées sur une durée de 1 an, le recueil de programmation s'étant effectué sur 10 mois) selon que les patients rentrent la veille ou le jour de l'intervention lorsqu'ils sont opérés en hospitalisation complète.

L'autre pendant de ce transfert d'activité est la libération de plages opératoires au bloc commun. Le programme OPALE, recueillant la durée moyenne d'occupation de salle pour chaque acte, met en évidence une efficacité plus importante pour les mêmes actes lorsqu'ils sont effectués à l'UCA par rapport au bloc conventionnel. Cela peut s'expliquer par :

- Une installation du patient plus rapide en UCA, le patient restant souvent sur un Stryker faisant office de table d'opération, ne nécessitant donc pas de transfert, ni au début ni en fin d'intervention
- Un nombre limité d'actes différents en UCA, permettant une meilleure optimisation de l'installation et une plus grande efficacité des personnels
- Une structure plus petite en UCA limitant les déplacements pour rechercher le matériel
- Des patients avec des antécédents plus « lourds » au bloc commun, nécessitant une prise en charge anesthésique plus complexe

Il est donc difficile de prévoir la durée des plages opératoires se libérant au bloc commun en cas de transfert d'activité. Il serait au moins aussi important que celui nécessaire à l'accueil de l'activité en UCA (360,2 heures), mais serait très probablement bien supérieur compte-tenu des points cités ci-dessus (en dehors du dernier point). Le délai entre chaque patient n'a pas été évoqué jusqu'à présent mais il peut être estimé de l'ordre de 5 minutes à l'UCA, et d'une quinzaine de minutes au bloc commun à l'hôpital Bicêtre. Aucun logiciel ne prend actuellement en compte ces intervalles. Les capacités d'optimisation d'une UCA permettent de diminuer ces durées de prise en charge pré et post-opératoire.

2.5 Les objectifs nationaux sont-ils-atteignables ?

L'objectif national de 62,2% de chirurgie ambulatoire à horizon 2020 s'appuie sur un scénario prévisionnel « haut » décrit dans un rapport de l'Inspection Générale des Finances de juillet 2014 [4]. Il est à nuancer par le fait que cet objectif est global et regroupe donc l'ensemble des spécialités chirurgicales et les établissements de santé publics et privés :

- Les spécialités chirurgicales présentent chacune un potentiel d'activité ambulatoire différent, haut pour une spécialité comme l'ophtalmologie, bas pour la neurochirurgie par exemple.
- Les établissements de santé privés présentaient un taux d'activité ambulatoire de 49,1% en 2012, contre 29,5% pour les établissements publics la même année. Ceci s'explique par les actes différents pratiqués dans ces établissements, par la plus forte adaptation du secteur privé, composé pour la majorité de petites structures malléables, aux règles tarifaires et aux techniques innovantes favorisant la chirurgie ambulatoire et également par la différence de population traitée dans les établissements. En effet le secteur public concentre les patients aux lourds antécédents contre-indiquant plus souvent la prise en charge ambulatoire.

Dans le service d'ORL de l'hôpital Bicêtre, le transfert de l'ensemble des actes réalisés au bloc commun vers l'UCA ne permettrait d'atteindre aujourd'hui qu'un taux de pratique ambulatoire de 46,3%, loin des 62,2% attendus en 2020 (Tableau 8).

Tableau 8 : Evolution attendue du taux d'activité ambulatoire avant et après le transfert des actes transférables du bloc commun à l'UCA

	% d'actes fait à l'UCA avant le transfert d'activité	% d'actes fait à l'UCA après le transfert d'activité
Amygdalectomie+/-VG+/-ATT	42,3%	44,1%
Adénoïdectomie+/-ATT	86,0%	86,0%
Pose/dépose d'aérateurs transtympaniques	97,5%	100,0%
SOMME	64,2%	65,7%
Turbinoplastie	83,3%	88,9%
Méatotomie	33,3%	55,6%
Septoplastie+/-méato+/-turbino	37,5%	59,4%
Ethmoïdectomie	0,0%	0,0%
Rhinoseptoplastie	52,0%	60,0%
Polypectomie	50,0%	50,0%
Dacryocystorhinostomie	66,7%	86,7%
Autre geste rhinologique	0,0%	7,1%
SOMME	38,8%	50,7%
Exploration d'oreille	12,5%	62,5%
Myringoplastie	24,1%	74,1%
BAHA	71,4%	100,0%
Otospongiose	8,1%	78,4%
Canaloplastie	0,0%	17,6%
Tympanoplastie	2,8%	52,8%
Cholestéatome	0,0%	0,0%
Ossiculoplastie+/- 2ème temps de cholestéatome	10,5%	73,7%
Mastoidectomie	0,0%	0,0%
Autre geste otologique	0,0%	0,0%
SOMME	10,0%	46,6%
Fente vélo/palatine - gingivoperiostoplastie	0,0%	5,3%
KTT	0,0%	0,0%
Parotidectomie	0,0%	0,0%
Thyroïdectomie	0,0%	0,0%
Loboïsthmectomie	0,0%	0,0%
Parathyroïdectomie	0,0%	0,0%
Cervicotomie	0,0%	0,0%
Adénectomie cervicale	0,0%	70,0%
SOMME	0,0%	5,8%
Sialendoscopie	75,0%	85,0%
LES/endoscopie +/-geste	0,0%	6,8%
Endoscopie du sommeil	100,0%	100,0%
Ostéosynthèse fracture de la face (hors RFOPN)	0,0%	0,0%
Chirurgie orthognatique	46,2%	61,5%
Trachéotomie	0,0%	0,0%
Otoplastie	23,1%	100,0%
RFOPN	68,8%	100,0%
PEA	100,0%	100,0%
Frein de langue	100,0%	100,0%
Enchondrome	100,0%	100,0%
Exérèse lésion cutanée/Suture	50,0%	56,3%
Fistule pré-héliceenne	100,0%	100,0%
SOMME	68,7%	79,1%
Divers	38,9%	50,0%
TOTAL	30,8%	46,3%

Cette observation est principalement due au fait que la majorité des actes réalisés ne peuvent être effectués à l'UCA en raison d'une chirurgie lourde, longue ou d'un antécédent du patient. Il semble difficile d'améliorer ce pourcentage de 46,3% sans étendre vers l'ambulatoire les actes réalisés actuellement exclusivement au bloc commun (comme les chirurgies thyroïdienne, parathyroïdienne, ethmoïdienne, et les chirurgies pour cholestéatome).

Certaines équipes pratiquent déjà ces actes en chirurgie ambulatoire :

- Trottier et al. et Snyder et al. [29], [30] ont réalisé des études rétrospectives sur leur pratique ambulatoire de chirurgie thyroïdienne. Ils ont recensé respectivement 232 et 1136 patients ayant bénéficié d'une chirurgie à type de thyroïdectomie totale, lobi-isthmectomie ou totalisation de thyroïdectomie. Leur taux de succès de prise en charge ambulatoire était de 99,6% et 93,6%. Dans l'étude de Trottier et al, le taux de complication nécessitant une réhospitalisation était de 1,7% (les patient étaient donc sortis).
- la faisabilité des chirurgies pour cholestéatome a été décrite par Dickins et al. [44], Rowlands et al. [37], Pézier et al. [31] et dans une revue d'articles (Alyono et al. [45]) portant sur la pose d'implants cochléaires et tympano-mastoidectomies réalisées en ambulatoires. Ces études confirment la possibilité de pratiquer sans risque majoré la chirurgie pour cholestéatome en ambulatoire.

En revanche très peu d'études sont publiées sur les ethmoïdectomies réalisées en ambulatoire.

Rüsch et al. [46] décrit comme facteurs de risque de nausées et vomissements, pourvoyeurs de transfert en hospitalisation, la durée des chirurgies et l'utilisation d'opioïdes durant l'anesthésie. Un progrès important sera donc à réaliser sur la prise en charge anesthésique pour garder un taux d'échec d'ambulatoire bas pour ces chirurgies malgré des durées souvent longues, douloureuses en per-opératoires.

D'autres gestes comme l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie ou la pose/dépose d'aérateurs semblent avoir pratiquement atteint leur taux de pratique ambulatoire maximal (respectivement 42,3%, 86,0% et 97,5%) Le taux de pratique ambulatoire pour l'acte amygdalectomie observé dans notre étude est déjà bien supérieur à la

moyenne nationale de 20,9% en 2008 (Source PMSI MCO), mais reste modeste par rapport à nos pays voisins : 64% en Hollande, 67% au Canada, 89% aux USA, 93% en Belgique.

2.6 Quelles sont les réelles économies ?

Il reste très difficile de déterminer les économies exactes pouvant être réalisées par un établissement de santé transférant son activité de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire.

Les économies attendues seraient en rapport avec la diminution du nombre de lits occupés en lien avec la baisse du nombre de nuitées, et donc des équipes présentes sur place la nuit, l'absence de frais de fonctionnement le week-end compte tenu des jours de fermeture de l'UCA si elle ferme le week-end, une meilleure gestion des temps péri-opératoires (brancardage, temps entre deux interventions,..) et une meilleure ergonomie du lieu de prise en charge (diminution des distances parcourues par le patient en cas de centres indépendants).

Diminuer les effectifs du personnel paramédical présent la nuit est difficile si l'on reste à l'échelle d'un service. En effet, diminuer de 3 ou 4 le nombre de lits occupés la nuit ne permet pas obligatoirement de réduire la quantité de personnel de nuit (1 IDE et une AS pour 10 à 12 patients). Mutualiser les services pratiquant la chirurgie ambulatoire permettrait d'ajouter les lits libres la nuit et donc d'obtenir une réelle économie de frais de fonctionnement en personnel notamment (le premier poste de dépenses de l'assurance maladie concerne de loin les dépenses en personnel de santé au sein des établissements de soins (57%) [47]).

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire offre de nombreux avantages pour le patient tels que la diminution de la durée d'hospitalisation, du risque d'infection nosocomiale, et une augmentation du confort. Pour l'Assurance Maladie, le développement de la chirurgie ambulatoire doit permettre de réelles économies et l'objectif national d'activité chirurgicale en France vise par ailleurs un taux de pratique ambulatoire de 66,2% à horizon 2020 [1].

L'étude présentée permet de définir le potentiel de développement de l'activité ambulatoire au sein d'un service ORL de l'hôpital Universitaire de Bicêtre. Deux des freins majeurs actuels à ce mode de prise en charge sont la disponibilité de plages opératoires et la présence de matériel adapté au sein de cette unité.

Si tous les actes pouvaient être transférés en ambulatoire, le taux d'activité ambulatoire du service passerait de 30,8% aujourd'hui à 46,3%, loin des 66,2% envisagés au plan national pour 2020. Cela nécessiterait de transférer d'autres actes encore réalisés exclusivement en chirurgie conventionnelle, comme par exemple la chirurgie thyroïdienne ou ethmoïdale. Des études de faisabilité seraient à réaliser pour ces types de chirurgie.

L'optimisation du taux d'occupation des salles de l'UCA passe par l'information claire du patient, l'appel de la veille ou dans les 48h, la gestion en amont des facteurs de risque d'annulation la plus précoce possible et le surbooking, notamment pour la chirurgie ambulatoire chez l'enfant comme en ORL.

Le développement de l'activité ambulatoire nécessite des investissements de la part des établissements de santé, tant organisationnels avec un déplacement de ressources en matériel et en personnel, que structurelles avec la création d'unités dédiées à l'ambulatoire. Ces investissements doivent se réaliser dès aujourd'hui, tant que la tarification des actes ambulatoires reste favorable (sur-tarification actuelle). La pratique ambulatoire permettrait de rentabiliser rapidement ces investissements.

Les mesures incitatives de l'Assurance Maladie cherchant à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire ont pour but, à moyen terme, de réaliser des économies. Ainsi, au vu de l'évolution tarifaire des GHM en J et de niveau 1, les actes réalisés en ambulatoire verront leurs tarifs diminuer progressivement pour rejoindre leur coût réel d'ici 10 à 15 ans, en pénalisant les établissements hospitaliers en retard sur la pratique ambulatoire.

Être innovant sur sa pratique ambulatoire dès aujourd'hui est donc important pour les établissements de santé afin de profiter de l'effet d'aubaine des tarifications ambulatoires appliquées actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] *INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.* 2015.
- [2] ARS Ile-de France PRS, "SROS-volets thématiques." Sep-2012.
- [3] Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales, "Surveillance des infections du site opératoire," France, 2011.
- [4] "Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France," Inspection générale des Finances, Inspection générale des Affaires Sociales, Juillet 2014.
- [5] "International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003."
- [6] "International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007."
- [7] Arrantxa Mahieu and Nadine Raffy-Pihan, "La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives," Institut de Recherche et Documentation en économie de la santé 466, Nov. 1997.
- [8] J. H. Nicoll, "The surgery of infancy," pp. 753–754, 18-Sep-1909.
- [9] F. Timmins and C. McCabe, *Day Surgery: Contemporary Approaches to Nursing Care.* John Wiley & Sons, 2008.
- [10] "Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger État des lieux et perspectives," Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Rapport d'orientation, juin 2013.
- [11] "Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale," Cour des Comptes, Chapitre: Chirurgie ambulatoire, Sep. 2013.
- [12] "Abécédaire de la Chirurgie Ambulatoire," Assurance Maladie, Ministère de la Santé, Juin 2009.
- [13] "Manuel des groupes homogènes de malades, Version 13.11g de la fonction groupage." Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 01-Mar-2015.
- [14] "Guide de l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune MCO," Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Avril 2010.
- [15] S. Canasse, "Carnets de santé," *Carnets de santé*, Mai-2009. [Online]. Available: <http://www.carnetsdesante.fr/La-T2A-dans-tous-ses-etats>. [Accessed: 20-Mar-2016].
- [16] Zeynep and Thomas, "Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)," Institut de Recherche et Documentation en économie de Santé, DT n° 23, Mar. 2009.
- [17] "Evolution de la notion de séjours bas en v10 et en V11," Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, DL-VS-999-2009, 2009.
- [18] "Notice technique: Campagne tarifaire et budgétaire 2014-Nouveautés Financement," Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, CIM-MF-249-1-2014, Mar. 2014.
- [19] "Le 'Bréviaire' de la chirurgie ambulatoire," Association Française de Chirurgie ambulatoire, Oct. 2007.
- [20] "Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire," *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*, vol. 29, no. 1, pp. 67–72, Jan. 2010.
- [21] SFORL and HAS, "Guide méthodologique pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé.," *Paris 37pp.*
- [22] "Accord préalable et chirurgie ambulatoire," *Site de l'Assurance Maladie*, Juillet-2014. [Online]. Available: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/accord-prealable-et>

chirurgie-ambulatoire/la-procedure-de-mise-sous-accord-prealable.php. [Accessed: 20-Mar-2016].

- [23] *LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014*. 2013.
- [24] “Listes des gestes marqueurs.” Assurance Maladie, Sep-2012.
- [25] “Propositions de l’assurance maladie sur les charges et produits 2012,” CONSEIL CNAMTS DU 7 JUILLET 2011, Charges et produits, 2012.
- [26] “Hôpital et territoire. La politique hospitalière. Politiques publiques - repères - vie-publique.fr,” 15-Jul-2010. [Online]. Available: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/hopital-territoire/>.
- [27] “Chirurgie ambulatoire: mode d’emploi,” Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Nov. 2013.
- [28] S. Gaucher, I. Boutron, F. Marchand-Maillet, G. Baron, R. Douard, J.-P. Béthoux, and AMBUPROG Group Investigators, “Assessment of a Standardized Pre-Operative Telephone Checklist Designed to Avoid Late Cancellation of Ambulatory Surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial,” *PLOS ONE*, vol. 11, no. 2, p. e0147194, Feb. 2016.
- [29] D. C. Trotter, P. Barron, V. Moonje, and S. Tadros, “Outpatient thyroid surgery: Should patients be discharged on the day of their procedures?,” *Can. J. Surg.*, vol. 52, no. 3, pp. 182–186, Jun. 2009.
- [30] S. K. Snyder, K. S. Hamid, C. R. Roberson, S. S. Rai, A. C. Bossen, J. H. Luh, E. P. Scherer, and J. Song, “Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable: experience with more than 1,000 planned outpatient procedures,” *J. Am. Coll. Surg.*, vol. 210, no. 5, pp. 575–582, 582–584, May 2010.
- [31] T. Pézier, P. Stimpson, R. Kanegaonkar, and D. Bowdler, “Ear, Nose and Throat Day-Case Surgery at a District General Hospital,” *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, vol. 91, no. 2, pp. 147–151, Mar. 2009.
- [32] C. A. Megerian, J. Reily, F. M. O’Connell, and S. O. Heard, “Outpatient tympanomastoidectomy: factors affecting hospital admission,” *Arch. Otolaryngol. Neck Surg.*, vol. 126, no. 11, pp. 1345–1348, 2000.
- [33] R. A. Hasan, M. J. LaRouere, J. Kartush, and D. Bojrab, “Ambulatory tympanomastoid surgery in children: factors affecting hospital admission,” *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, vol. 130, no. 10, pp. 1158–1162, Oct. 2004.
- [34] G. R. Deschenes, D. P. Hsu, and C. A. Megerian, “Outpatient repair of superior semicircular canal dehiscence via the transmastoid approach,” *The Laryngoscope*, vol. 119, no. 9, pp. 1765–1769, Sep. 2009.
- [35] G. Ralli, R. Mora, G. Nola, and L. Guastini, “Day-case stapedotomy: is it a viable option?,” *Acta Otolaryngol. (Stockh.)*, vol. 132, no. 1, pp. 21–26, Jan. 2012.
- [36] H. R. F. Powell, R. G. Rowlands, J. A. Lavy, and A. Wright, “Day-case pediatric middle ear surgery: from myringoplasty to bilateral cochlear implantation,” *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 74, no. 7, pp. 803–806, Jul. 2010.
- [37] R. G. Rowlands, R. Harris, J. D. Hern, and J. R. Knight, “Day-case paediatric mastoid surgery,” *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 67, no. 7, pp. 771–775, Jul. 2003.
- [38] J.-P. Vasama, J. Kujala, and T. P. Hirvonen, “Is small-fenestra stapedotomy a safer outpatient procedure than total stapedectomy?,” *ORL J. Oto-Rhino-Laryngol. Its Relat. Spec.*, vol. 68, no. 2, pp. 99–102, 2006.
- [39] W. S. Jellish, J. P. Leonetti, K. Fahey, and P. Fury, “Comparison of 3 different anesthetic techniques on 24-hour recovery after otologic surgical procedures,” *Otolaryngol.-Head Neck Surg.*, vol. 120, no. 3, pp. 406–411, 1999.

- [40] N. Bhattacharyya, "Ambulatory sinus and nasal surgery in the United States: Demographics and perioperative outcomes," *The Laryngoscope*, vol. 120, no. 3, pp. 635–638, Mar. 2010.
- [41] L. de Gabory, E. Serrano, J.-B. Lecanu, D. Ebbo, F. Coudert, M. Hanau, and V. Escabasse, "French otorhinolaryngology society guidelines for day-case nasal surgery," *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.*, vol. 132, no. 1, pp. 35–40, Feb. 2015.
- [42] C. Leneveu, "Etude de faisabilité des polypectomies, des septoplasties et des méatotomies moyennes en chirurgie ambulatoire," Thèse de médecine, Paris XI, 2014.
- [43] A. Lechot and L. De Gabory, "[Feasibility study of septoplasties and septorhinoplasties in ambulatory surgery]," *Rev. Laryngol. - Otol. - Rhinol.*, vol. 134, no. 4–5, pp. 191–197, 2013.
- [44] J. R. E. Dickins, "Comparative study of otologic surgery in outpatient and hospital settings," *The Laryngoscope*, vol. 96, no. 7, pp. 774–785, Jul. 1986.
- [45] J. C. Alyono and J. S. Oghalai, "Should pediatric tympanomastoidectomy and cochlear implantation routinely Be performed as outpatient surgery?," *The Laryngoscope*, vol. 125, no. 5, pp. 1041–1042, May 2015.
- [46] D. Rüsç, L. H. J. Eberhart, J. Wallenborn, and P. Kranke, "Nausea and Vomiting After Surgery Under General Anesthesia," *Dtsch. Ärztebl. Int.*, vol. 107, no. 42, pp. 733–741, Oct. 2010.
- [47] "Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire," Cour des Comptes, Sep. 2014.

ANNEXES

1. SCORE D'ALDRETE

Activité motrice	Score	Signes cliniques
Activité motrice	2	Mobilise ses quatre membres
	1	Mobilise deux membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Activité circulatoire	2	PA systolique +/- 20% valeur préopératoire
	1	PA systolique +/- 20-50% valeur préopératoire
	0	PA systolique +/- 50% valeur préopératoire
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel de son nom
	0	Aucun réveil à l'appel
SpO2	2	> 92% à l'air
	1	Complément d'O2 nécessaire pour SpO2>90%
	0	< 92% avec complément O2

