



**HAL**  
open science

# La chirurgie ambulatoire en pathologie rhinosinusienne à l'IUFC entre 2014 et 2017 : faisabilité, évolution, impact médico-économique et perspectives

Benoît Darbas

## ► To cite this version:

Benoît Darbas. La chirurgie ambulatoire en pathologie rhinosinusienne à l'IUFC entre 2014 et 2017 : faisabilité, évolution, impact médico-économique et perspectives. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01963871

**HAL Id: dumas-01963871**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01963871>**

Submitted on 21 Dec 2018

**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.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

**La Chirurgie Ambulatoire en pathologie rhino-  
sinusienne à l'IUFC entre 2014 et 2017 :**

**Faisabilité, évolution, impact médico économique et  
perspectives**

*Présentée et soutenue publiquement*

**le 22 Octobre 2018**

Par

***DARBAS Benoît***

Né le 30 Avril 1988 à Toulouse (31)

Examineurs de la thèse:

M. Le Professeur CASTILLO Laurent	Président
M. Le Docteur VANDERSTEEN Clair	Directeur de thèse
M. Le Professeur SANTINI José	Assesseur
M. Le Docteur SAVOLDELLI Charles	Assesseur

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie  
Recherche  
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique  
Pr DELLAMONICA jean  
M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. AYRAUD Noël  
M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel**

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie - Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

### MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

### PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### Constitution du jury en qualité de 4ème membre

#### Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M . FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

#### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

## REMERCIEMENTS

Au Dr. Vanderstenn Clair, qui après avoir été un co-interne brillant et un chef de clinique exemplaire, a su devenir un directeur de thèse d'une grande disponibilité et a mis à ma disposition son temps et ses précieuses connaissances.

A mes Professeurs et Maîtres niçois qui m'ont, durant cinq ans, au sein de cette belle institution qu'est l'IUFC, enseigné notre belle spécialité.

A mes Séniors, Chefs de Clinique, Assistants successifs qui ont chacun leur tour contribué à ma formation.

A mes co-internes qui ont partagé avec moi ces belles mais difficiles années.

A mes parents, à ma famille, mes amis et à tous ceux qui m'ont aidé de prêt ou de loin dans l'élaboration de ce travail de thèse.

Et bien sûr à ma femme, présente chaque jour...

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
TABLE DES MATIERES.....	10
ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
PARTIE 1 : GENERALITES.....	15
1. DEFINITIONS.....	16
2. HISTORIQUE.....	17
3. REGLEMENTATION FRANCAISE.....	24
4. TARIFICATION.....	30
5. LES ACTES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE EN RHINOLOGIE.....	38
6. LES STRUCTURES.....	40
7. L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'IUFC.....	43
PARTIE II : PEUT-ON ETENDRE LES INDICATIONS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE RHINOLOGIQUE ?.....	45
A-INTRODUCTION.....	46
B-MATERIEL ET METHODES.....	47
C-RESULTATS.....	51
1. Evaluation de l'activité ambulatoire et de ses échecs.....	51
2. Evolution de l'ambulatoire.....	53
3. Etude Médico-économique.....	55
D-DISCUSSION.....	57
1. Analyse des échecs.....	57
2. Evolution de l'activité chirurgicale en ambulatoire.....	60
3. Réorganiser pour améliorer le taux d'ambulatoire .....	61
4. Les objectifs nationaux sont-ils atteignables? .....	63
5. Quelles sont les réelles économies? .....	64
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	69
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	72

## ABREVIATIONS

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
CA	Chirurgie Ambulatoire
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Complications et Morbidités Associées
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CSP	Code de Santé Publique
DMS	Durée Moyenne de Séjour
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
HTA	Hypertension Artérielle
IAAS	International Association of Ambulatory Surgery
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
Max	Maximum
Min	Minimum
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
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 Tarification à l'activité
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire

## **INTRODUCTION**

La Chirurgie Ambulatoire (CA) est définie par une conférence de consensus de 1993 comme un ensemble d'actes chirurgicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, généralement programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré, autorisant la sortie du patient le jour même de son intervention ». C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle ayant pour objectif de l'éviter ou d'en limiter la durée.

Le développement de la CA est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé. Son développement est devenu une priorité nationale, quelque soit la spécialité concernée. Des cibles d'une activité ambulatoire supérieure à 50% à horizon 2016 et de 66,2% à horizon 2020 avaient été retenues à l'échelle territoriale [1]. En réalité, l'activité ambulatoire globale qui atteignait 32,3% en 2007 et 42,7% en 2012. Son potentiel de développement apparaît donc comme important.

Dans le contexte économique actuel, le développement de la CA s'intègre dans une prise de conscience publique de la nécessité de réaliser des économies de santé. Si la CA s'associe à une réduction des coûts pour l'organisme de santé concerné (liée à une diminution des durées de séjour et aux moindres ressources mobilisées) elle est également bénéfique pour le patient et les professionnels. Elle se traduit en effet par un meilleur confort, une moindre perte de repère pour les patients âgés (retour rapide au domicile), une diminution des délais de prise en charge et une diminution du risque d'infection nosocomiale (Risque relatif de 0.28 [2]).

L'organisation d'une prise en charge ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient. Elle est source d'efficience (meilleure qualité des soins, économie de temps et de ressources).

Pour répondre à cette volonté de développement en France, la CA est aujourd'hui facilitée par des incitations financières [3].

Pour assurer le bon fonctionnement d'une unité de CA et éviter une hospitalisation le soir même de la chirurgie (c'est à dire à J-0) ou une réadmission après la sortie de l'hôpital, il faut méticuleusement sélectionner les patients éligibles à ce mode de prise en charge.

Ainsi les annales françaises d'anesthésie et de réanimation ont édité dès 2010 des recommandations concernant la prise en charge anesthésique des patients ambulatoires [4]. En revanche, il n'existe pas de liste d'actes à réaliser en ambulatoire de façon à permettre au soignant d'adapter son mode de prise en charge à chaque patient et en fonction de l'acte prévu.

Les progrès récents portant sur les techniques anesthésiques, chirurgicales et préventives des complications post-opératoires rendent de plus en plus d'interventions éligibles à une prise en charge ambulatoire. L'hôpital se recentre ainsi sur ses activités de soins et son expertise technique et non plus sur l'hébergement des patients à la suite d'une intervention. Des nouvelles pratiques, comme le recours aux hôtels hospitaliers voient alors le jour.

Le succès d'un programme ambulatoire est conditionné par l'adhésion de tous les intervenants. Développer la CA n'est possible que s'il existe une réelle volonté de l'administration à tout mettre en œuvre pour y parvenir (moyens humains, techniques, logistiques...). Personnel administratif, médical et paramédical doivent être formés à l'acquisition de nouvelles compétences tant techniques qu'organisationnelles car le parcours de soins d'un patient en ambulatoire est différent de celui qu'il effectue en hospitalisation conventionnelle. Enfin les patients doivent être informés de cette possibilité et rassurés quant à son déroulement.

Il existe à ce jour des recommandations pour la pratique en ambulatoire de certains actes en chirurgie rhinologique limitées à quatre interventions dont deux endonasales [5]: Septoplastie (correction d'une déviation de la cloison nasale) et Méatotomie moyenne (ouverture du sinus maxillaire), réduction de fracture de l'os nasal par abord direct, réduction de fracture de l'os nasal en technique fermée.

Il existe, à l'Institut Universitaire de la Face et du Cou de Nice, une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) optimisée pour permettre aux patients de bénéficier d'une plus grande variété d'actes de chirurgie endonasale pris en charge en ambulatoire que ceux que l'on retrouve dans les recommandations de la SFORL de 2014 (turbinoplasties, ethmoïdectomies partielles ou totales, chirurgie des sinus frontaux ou sphénoïdaux).

Le but de ce travail était la faisabilité en ambulatoire de l'ensemble des interventions rhino-sinusiennes traditionnellement programmées en hospitalisation conventionnelle, d'apprécier l'évolution de la CA du service d'ORL en ce qui concerne ce type d'interventions depuis 2014 et enfin d'en estimer l'impact médico-économique pour la structure.

Sur la base de ces observations, nous discuterons de l'opportunité de généraliser le mode de prise en charge ambulatoire pour certaines d'interventions.

## **PARTIE I : GENERALITES**

La CA est un mode de prise en charge pour une intervention chirurgicale qui permet de raccourcir la durée de séjour du patient sans hébergement de nuit. Par exemple, le patient entre le matin pour être opéré le jour-même et ressortir le soir.

## **1. DEFINITIONS**

### **1.1 Française**

Pour la France, la définition de la CA a été donnée par 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 post-opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* ».

La CA est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Définie à l'article R. 612-4 du Code de la santé publique (CSP), elle doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement régies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Le CSP précise que « *les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la CA 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* ».

## **1.2 Internationale**

Au niveau international, la CA a été définie par le Comité exécutif de l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) en 2003 [6], puis a été confirmée par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2007 [7] :

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

## **1.3 Différences**

On remarque donc une nuance entre les précédentes définitions puisque la France retient une période de 12 heures uniquement alors qu'aux Etats-Unis on s'attache uniquement à ce que les dates d'entrée et de sortie du patient soient identiques (one-day surgery). En pratique il peut arriver qu'un patient sorte tout de même plus de 12h après son heure d'entrée dans le service sans pour autant qu'il ne dorme à l'hôpital.

# **2 HISTORIQUE**

## **2.1 Au 20ème Siècle**

Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne sont pionniers dans la prise en charge chirurgicale ambulatoire [8].

La CA a vu le jour en Ecosse où Nicoll la pratique au début du 20<sup>ème</sup> siècle [9]. 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.

Aux Etats-Unis des programmes de CA voient le jour dans des centres hospitaliers de Californie en 1962 et de Washington en 1966 (Dillon, Cohen, Levy et Coakley, [10]).

## **2.2 A partir des années 70**

### **2.2.1 Aux Etats-Unis**

Les premiers centres indépendants de CA sont ouverts à Providence en 1968 et à Phoenix en 1970.

Cette alternative connaît un rapide essor : on retrouve dix centres indépendants en 1975, 459 en 1985, 838 en 1996 et 1700 en 1992. Concernant les actes, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées contre 11 millions en 1990.

Le développement de cette pratique répond à plusieurs problématiques et notamment [8] :

- le désengorgement des lits d'hospitalisation, problème important aux Etats- Unis à la fin des années 1960
- la réduction des coûts, nécessaire dans le contexte économique et social difficile des années 1980

Au cours des années 1980, des mesures d'incitations financières viennent encourager le développement de la CA. Ainsi, de nombreux organismes payeurs dont Medicare [11], décident de rembourser la totalité des frais engagés lorsqu'il s'agit d'une intervention réalisée en ambulatoire, dans le même temps, 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, au même titre que les Etats-Unis, comme le pays pionnier européen de la CA. En plus des préoccupations d'ordre financier et celles liées à l'engorgement des lits, l'essor de l'ambulatoire a pour but :

- De réduire les listes d'attente en chirurgie (et donc de faciliter l'accès au soins)
- De répondre aux difficultés de recrutement du personnel infirmier

Dès le milieu des années 1970, la CA est encouragée par la politique du NHS (National Health Service) et par les « *Guidelines of the Royal College of Surgeons for day-case surgery* » (1985). La croissance annuelle des interventions ambulatoires est rapide, de l'ordre de 7% entre 1973 et 1983, atteint 15% par la suite.

Cependant, 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 Dans le reste de l'Europe

La CA se développe plus tardivement dans le reste de l'Europe là encore pour répondre à des impératifs de maîtrise des coûts hospitaliers [12] mais la définition varie selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures restées à l'hôpital.

Ainsi, les comparaisons internationales relatives à la prise en charge ambulatoire des séjours de chirurgie doivent être interprétées avec prudence. La dernière enquête de l'IAAS menée sur un périmètre restreint de procédures chirurgicales (18 gestes), faisait état d'un retard de la France dans ce domaine par rapport à ses voisins européens,

britannique ou nordiques notamment, toutefois les statistiques indiquent que le retard français a été partiellement comblé sur la période récente.

## **2.4 En France**

### **2.4.1 Un début tardif**

Il faut attendre le début des années 1990 pour constater le développement de la CA en France.

Le premier centre indépendant est créé en 1980, à Strasbourg, par le chirurgien orthopédiste Guy Foucher.

En 2016 l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) recense 51,9% des actes réalisés en ambulatoire, loin derrière les Etats Unis (94%), le Danemark (78%) et l'Allemagne (61%).

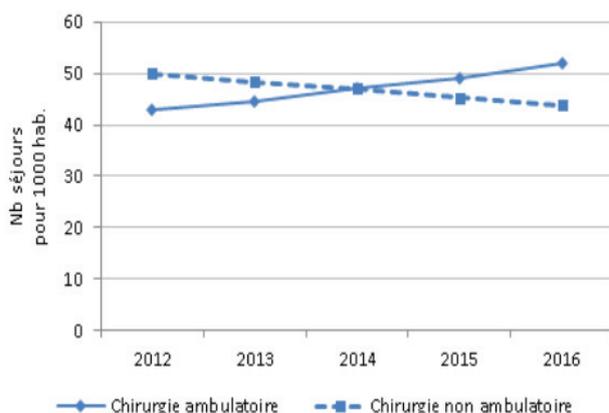
Le manque de structures dédiées à la CA entraîne un retard de développement de ce mode de prise en charge. La reconnaissance juridique de ce dernier a permis définir les structures alternatives à l'hospitalisation, leurs conditions techniques de fonctionnement, les procédures de création ou d'extension et les tarifications.

Sur la période 2007-2013, l'activité de CA a connu une forte progression avec une hausse du nombre de séjours de 6,3% en moyenne par an.

En parallèle, l'activité totale de chirurgie n'a crû que de 1,5% en moyenne annuelle sur la même période. Ce qui correspond à un repli de la prise en charge en hospitalisation conventionnelle de 1,3% par an. On remarque que l'essentiel de la progression de l'activité de chirurgie en France se fait au profit de la CA (Figure 1).

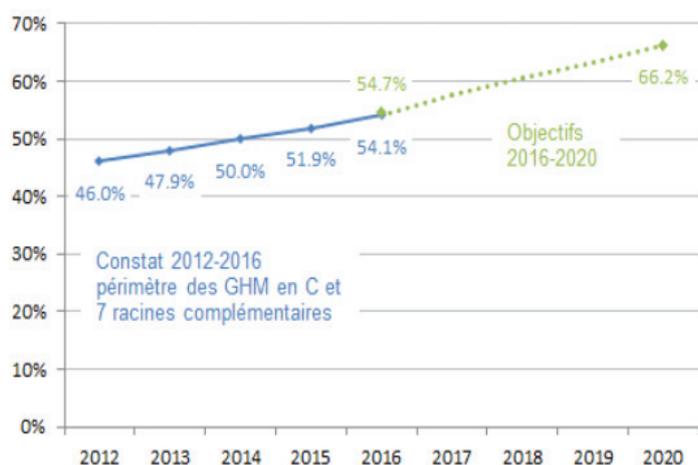
Cette croissance n'a été possible que par une modification de la structure d'offre de soins, elle-même sous tendue par une évolution de la réglementation ayant pour objectif de faire croître encore le taux d'ambulatoire (Figure 2).

### Evolution des taux de recours à la chirurgie en ambulatoire et en hospitalisation complète



**Figure 1 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire et en hospitalisation en France entre 2012 et 2016**

### Taux de chirurgie ambulatoire observés 2012-2016 et objectifs 2016-2020



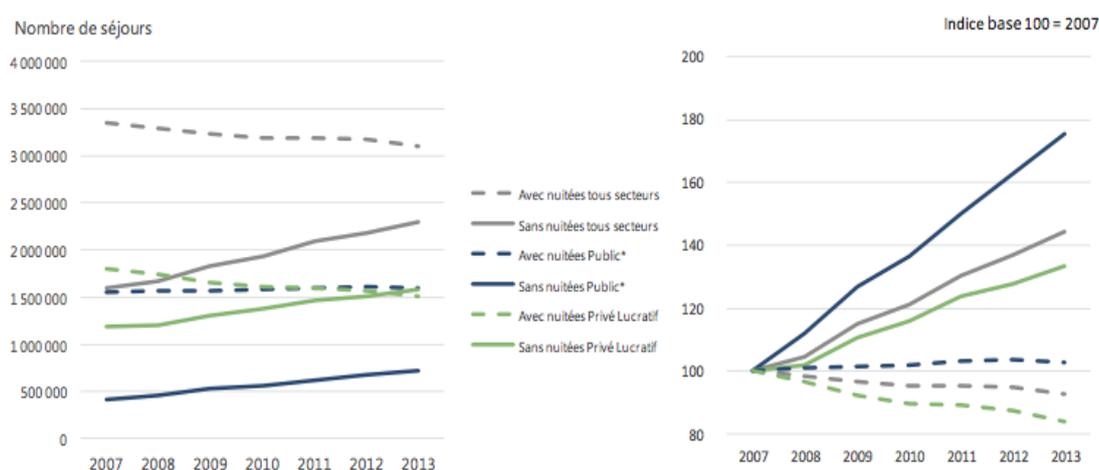
**Figure 2 : Évolution du taux de chirurgie en ambulatoire et objectifs d'ici 2020**

### 2.4.2 Évolution en fonction du type d'établissement

Si le taux global de CA constaté à l'échelle nationale approche les 43 % en 2013, l'étude des taux par catégorie d'établissement indique une certaine avance du secteur privé à but lucratif, où plus d'un séjour de chirurgie sur deux est pris en charge en ambulatoire (51,2 % en 2013).

La plus grande diversité des séjours liée aux obligations de service public ainsi qu'un mode de financement longtemps peu incitatif au développement de ce mode de prise en charge expliquent en partie le retard du secteur public (31 %), plus particulièrement dans les structures de type CHU (24 %). Néanmoins, de façon dynamique, le secteur public semble combler une partie de ce retard historique puisque le rythme de progression des séjours de chirurgie sans nuitée est désormais bien plus important que dans le secteur privé (Figure 3).

Ce constat est particulièrement vrai pour les établissements du secteur privé à but non lucratif (participant au service public hospitalier) dont le taux de CA a progressé de 13 points entre 2007 et 2013, passant de 25% à 38 %.



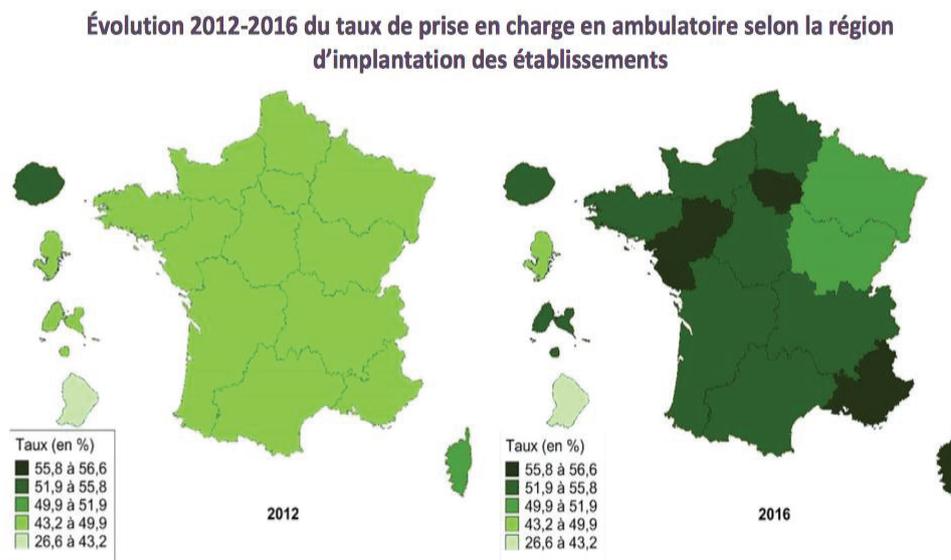
Source : ATIH / GDR chirurgie ambulatoire. Novembre 2014

**Figure 3 : Évolution des séjours de chirurgie avec et sans nuitée entre 2007 et 2013 par secteur.**

### **2.4.3 Évolution en fonction des régions**

L'inégal développement de la CA entre les secteurs d'hospitalisation se double d'écart importants entre les régions. En 2013, le taux global de CA varie ainsi entre 38% (Franche-Comté) et 48% (Corse). Ces disparités régionales s'expliquent essentiellement par la structure territoriale de l'offre de chirurgie : certaines régions enregistrent ainsi des taux élevés de CA en lien avec une densité d'établissements privés

relativement élevée (PACA, Corse, Ile-de-France), même si cette corrélation n'est pas systématique (Figure 4).



**Figure 4 : Taux de chirurgie ambulatoire par région et évolution (2012-2016) source ATIH 2014**

De façon dynamique, l'évolution du taux de CA a été assez homogène selon les régions, même si certaines, retardataires en 2008, sont néanmoins parvenues à améliorer leur position relative avec un taux très proche voire supérieur au taux national (Bretagne, Pays de la Loire). Enfin, la progression du taux global de CA est essentiellement liée à un renforcement de la pratique ambulatoire pour des gestes déjà caractérisés par un recours très marqué à ce mode de prise en charge. En 2013, les 10 interventions de CA dont les volumes de séjours étaient les plus importants totalisaient 62% du total de séjours de CA (cataracte, libération du canal carpien, autres interventions sur la main...) Si depuis 2008, la prise en charge en ambulatoire de certains actes a fortement progressé pour devenir quasi-exclusive (>95%) en particulier auprès des 18 racines de GHM ayant fait l'objet d'un tarif unique en 2009 (le taux global de CA constaté sur ces GHM est passé de 62,5 % en 2008 à 81,2 % en 2013), le développement de cette prise en charge est plus lent en ce qui concerne les gestes dont l'émergence en ambulatoire est beaucoup plus récente.

Il apparaît alors intéressant dans une région comme la nôtre, marquée nous l'avons dit par une forte part d'établissements privés (accueillant plus de 46% des patients contre 40% à l'échelle nationale d'après le rapport de la chambre de commerce et d'industrie), d'évaluer la part ambulatoire dans un CHU pour des interventions non pratiquées habituellement en ambulatoire.

### **3 REGLEMENTATION FRANCAISE**

#### **3.1 Conférence de consensus de Mars 1993**

En France les 22,23 et 24 mars 1993 est publiée une conférence de consensus relative à ce mode de PEC :

*“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 post-opératoire permettant, sans risqué majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention”.*

#### **3.2 Définition réglementaire**

Les établissements de santé pratiquant la CA 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 termes 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 précise donc :

- La CA 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
- La durée d'ouverture de la structure soit de 12 heures au maximum, à la différence d'autres pays où le seul impératif est que le patient sorte à la même date
- Le type d'acte et la technique opératoire ne varient pas par rapport à la prise en charge traditionnelle

### **3.3 Réglementation relative à l'ambulatoire**

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 précise 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, odontologie ou psychiatrie ».*

La CA est dès lors inscrite au nombre des missions des établissements de soins.

### **3.4 Une structure 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 Un personnel dédié**

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* ».

#### **3.5.1 *Personnel Paramédical***

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 CA. Les précédents textes apportaient, par exemple, l'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. En secteur « non opératoire » le personnel paramédical doit donc être dédié.

### **3.5.2 Médecin coordonnateur**

Selon l'article D6124-305, une charte de fonctionnement, transmise à l'ARS, est établie dans chaque structure de soins et précise notamment les conditions de désignation et la qualification d'un médecin coordonnateur.

La fonction du médecin coordonnateur est définie réglementairement, il doit :

- mettre en œuvre le règlement de fonctionnement de l'unité
- s'assurer que tous les acteurs l'appliquent.
- assurer l'encadrement médical de l'équipe soignante,
- donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir
- élaborer un « dossier type » de soins
- établir 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 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 CA, 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.

L'application du décret a engendré plusieurs schémas d'organisation [13] : dans certaines structures, notamment dans le secteur public, le médecin coordonnateur s'octroie des pouvoirs d'organisation qui peuvent s'assimiler à ceux d'un chef de service ou d'un chef d'unité fonctionnelle (UF), 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 quotidienne, 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 CA, mais il reste à savoir qui doit assurer cette fonction, si cette 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 sa profession 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 mise en adéquation des ressources avec une faible expérience du terrain médical et de l'exercice de l'ambulatoire

### **3.6 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.

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 CA 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, du numéro du service d'hospitalisation)

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.

### **3.7 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 du transfert*
- *Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement »*

### **3.8 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 stipule indifféremment après une prise en charge hospitalière ou ambulatoire la nécessité de remettre au patient à sa sortie un compte-rendu d'hospitalisation et d'un compte rendu opératoire, les prescriptions de sortie, et si besoin une fiche de liaison infirmière.

De manière plus particulière concernant le secteur ambulatoire, dans le but d'assurer la continuité des soins, le patient doit recevoir à sa sortie un bulletin « *signé par l'un des médecins de la structure, mentionnant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-opératoire 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* ».

En pratique cela impose que le chirurgien rédige le jour même de l'intervention un compte rendu opératoire regroupant l'ensemble de ces informations.

## 4 TARIFICATION

En France, la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements de santé a été introduite à partir de 2004 pour les hôpitaux publics.

### 4.1 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 co-morbidités associées (CMA), etc.) ainsi que la durée d'hospitalisation [14]. 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 comptait moins de 800 GHM.

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 coût moyen : le Groupe Homogène de séjour (GHS). En règle générale à chaque type de séjour décrit par un GHM correspond 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) [15].

L'étude nationale de coûts (ENC) a débuté en 1993 dans le secteur public, puis est devenue l'Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune (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.

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 CA).

## **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 [16,17] :

- 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 CA.

#### **4.4.1 Modifications dans le codage des séjours de chirurgie ambulatoire**

Le système de classification des séjours est revu périodiquement. Plusieurs évolutions ont eu des conséquences sur le périmètre et la classification de la CA [13] :

- De 1992 à 2003, les actes de CA appartenaient à la catégorie majeure de diagnostic 24 (CMD 24).
- En 2006 la CMD 24 a ensuite été étendue aux séjours de moins de deux jours
- En 2009 la 11<sup>ème</sup> version de la classification par GHS introduit des modifications isolant mieux les séjours en CA ou potentiellement éligibles à la CA :
  - Création de véritables groupes de CA (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 ainsi que des effets de l'âge (normalement sévérité de 1 si ambulatoire).

Les tarifs alloués aux GHS augmentent avec le niveau de sévérité du GHM.

Il n'existe pas de niveau de sévérité dans les GHM en J, la CA est tarifée de la même façon quelles que soient les co-morbidités.

Voici un exemple de tarification publiée lors de sa dernière mise à jour en 2018, la pour le GHS 03C07 « Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde » :

- Niveau 1 : 1634,82 euros
- Niveau 2 : 3607,86 euros
- Niveau 3 : 6737,42 euros
- Niveau 4 : 14649,02 euros
- J (ambulatoire) : 1634,82 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 incitatives**

L'instauration de tarifs identiques ou le rapprochement des tarifs d'hospitalisations de courte durée et ambulatoires s'est faite progressivement.

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

- 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 [18]: 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, l'application du tarif unique, a été généralisée à tous les couples Niveau 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 CA.

Les règles d'attribution d'un tarif à un GHM en N1 ou en J, depuis la tarification unique généralisée appliquée à partir de 2014, tendent également à inciter le développement de la CA [19]. En effet ce tarif est pondéré selon le taux de pratique ambulatoire dans l'hexagone.

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. Sinon le service était pénalisé sur la tarification de ce séjour (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 qui était 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. 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.

Cependant, l'incitation tarifaire est de moins en moins forte, à mesure que le taux de CA augmente, avec une réduction de l'effet d'aubaine pour les établissements premiers entrants ayant des taux élevés de CA.

#### 4.4.3 Mise sous accord préalable

Certains établissements hospitaliers en dessous de la moyenne régionale pour la réalisation de gestes chirurgicaux précis sont concernés par la mise sous entente préalable. Cinquante-cinq gestes chirurgicaux, toutes spécialités confondues, peuvent désormais être soumis à cet accord préalable (contre 43 en 2014).

La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis de l'Assurance Maladie l'accueil d'un patient en hospitalisation complète pour un acte couramment pratiqué en ambulatoire.

La mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement cet accord pour tout acte chirurgical impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins une nuit.

La réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24h.

La demande d'accord préalable doit être faite au moment de la programmation de l'acte selon les modalités suivantes :

-Le praticien hospitalier contacte par téléphone le service médical de la caisse gestionnaire du patient ; un technicien de service médical l'interroge de façon à renseigner un questionnaire portant sur des renseignements administratifs, relatifs à la chirurgie (date et actes prévus), à l'anesthésie et au patient. Il se renseigne sur les critères d'éligibilité du patient à une hospitalisation complète définis par l'Assurance Maladie.

Critères d'éligibilité d'un patient à une hospitalisation complète :

- Un score ASA supérieur ou égal à 3
- Pas d'accès au téléphone en post-opératoire
- Pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable de la sortie et au domicile du patient en post-opératoire
- Une durée de transport entre le domicile et l'établissement supérieure à 1h
- Des difficultés de compréhension du patient lors de la

consultation pré-opératoire à propos de l'acte, des complications possibles et des consignes post-opératoires.

2 situations peuvent alors se présenter :

- 1- Le patient remplit au moins un des critères d'éligibilité à une hospitalisation complète : L'accord du service médical est donné immédiatement par téléphone.
- 2- Le patient ne remplit aucun des critères d'éligibilité à une hospitalisation complète : La demande est transmise au médecin conseil pour un examen du dossier plus approfondi. Une réponse sera apportée dans un délai maximal de 24h (hors week-end).

Dans tous les cas l'Assurance Maladie confirme sa décision par e-mail à l'établissement hospitalier et la notifie par courrier au patient. En cas de refus il est incité à recontacter son chirurgien pour rediscuter des conditions de sa prise en charge et il est informé des voies de recours pour contester cette décision.

## **5 LES ACTES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE EN RHINOLOGIE**

Il n'existe aucune liste limitative d'actes. Ceci correspond à une volonté des sociétés savantes [20] car une liste limitative 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 inadaptée
- Freiner l'innovation en interdisant à une équipe performante d'étendre ses indications en CA.

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 [21].

De nombreuses indications semblent limitées à la prise en charge ambulatoire dès lors qu'elles puissent être la source de complications post-

opératoires imposant une gestion hospitalière (douleurs intenses, hémorragies, temps opératoire prolongé, NVPO). Par nature, ces actes ne sauraient être systématiquement ambulatoires mais pourraient le devenir chez un patient sélectionné dans une structure adaptée [21].

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

Concernant notre spécialité, la société française d'ORL a émis en 2014 un rapport de consensus formalisé de 4 gestes en chirurgie rhinologique recommandant la CA dès lors que les critères d'éligibilité étaient remplis [5].

Celui-ci concerne les septoplasties, les méatotomies moyennes et les réductions de fracture des os propres du nez en technique fermée et par abord direct.

Sur le plan anesthésique, il existe un certain nombre de critères permettant au praticien lors de la consultation de valider une prise en charge ambulatoire ou au contraire de s'y opposer, ceux-ci ont été définis en 2010 par la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) (Tableau 1).

<u>Critères Sociaux</u>	<u>Critères Médicaux</u>	<u>Actes Chirurgicaux</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• compréhension suffisante</li> <li>• bonne observance</li> <li>• conditions d'hygiène et de logement</li> <li>• accompagnant la nuit suivant l'intervention</li> <li>• éloignement &lt;1h d'une structure de soin (pas forcément la structure où l'acte est pratiqué)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• âge &gt; 6 mois</li> <li>• Score ASA 1, 2 ou 3 stabilisés</li> <li>• Prudence si : SAOS, Troubles de l'hémostase, Anticoagulants ou Antiagrégants plaquettaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention programmée</li> <li>• Durée &lt;1h30 (relatif)</li> <li>• Faible risque hémorragique et respiratoire</li> <li>• Suites opératoires simples (maîtrise de la douleur, des NVPO)</li> </ul>

**Tableau 1 : Critères d'éligibilité à la prise en charge ambulatoire selon les recommandations de la SFAR 2010**

## 6 LES STRUCTURES

### 6.1 Ouverture de nouvelles structures

La CA est un concept d'organisation centré sur le patient. Sa pratique nécessite des structures spécifiques intégrant un environnement architectural propre et une organisation optimale.

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) [22]. 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 CA (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.

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'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.

Il existe en France quatre types de structure où se pratique la CA : 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.

#### **6.1.1 Les centres satellites**

Ils sont situés dans une enceinte hospitalière et constituent la majorité des centres ambulatoires. 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. 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.

#### **6.1.2 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.

Ils se concentrent habituellement sur un créneau étroit d'activités (chirurgie de la main, ophtalmologie) contrairement aux centres satellites.

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

### **6.1.3 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 aux 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. L'unité de CA (UCA) au sein de l'IUFC est un centre intégré.

### **6.1.4 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 l'IUFC (UCA)

L'UCA de l'IUFC est ouverte depuis août 2011, il s'agit d'un centre intégré de CA qui accueille des patients du CHU mais également des patients du Centre Antoine Lacassagne (centre de lutte anti-cancer).

Elle comprend un espace d'accueil et de soins dédié de 7 lits et 3 méridiennes. Les salles de bloc opératoire et de surveillance post interventionnelle (SSPI) sont communes avec l'activité d'hospitalisation conventionnelle.

Cette unité est ouverte du mardi au jeudi de 7h30 à 18h30, elle ferme durant une partie des vacances scolaires et pour les jours fériés.

Le personnel soignant comprend :

- Un cadre de soins
- Une infirmière qui assure l'accueil puis la préparation du patient pour le bloc, les soins et la surveillance en box avant la sortie
- Un aide-soignant (AS), assurant l'accueil, la préparation, l'installation du patient ainsi que le service des collations post-opératoires et la préparation à la sortie.

Une secrétaire 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. Elle tape les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation remis au patient et les adressent aux médecins.

Le personnel médical comprend :

- Un coordonnateur médical
- Les chirurgiens
- Les médecins anesthésistes

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.

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 afin d'éviter une annulation le jour même de l'intervention.

Le jour de l'intervention, le patient est accueilli et préparé par une IDE et une AS. Il est ensuite conduit vers le bloc par un brancardier commun avec le service d'hospitalisation conventionnelle. Une fois réveillé, le patient est conduit en SSPI où il est sous la surveillance d'une IDE. L'anesthésiste valide son retour en chambre où il termine de se réveiller et reçoit une collation. Le patient est alors démêché par l'IDE de l'UCA avec l'accord du chirurgien. La sortie est signée par le chirurgien et l'anesthésiste.

Le patient sort avec son dossier 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.

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

Enfin le patient est appelé à J1 post-opératoire par l'IDE de l'UCA afin de s'assurer de l'absence de complications post-opératoires.

**PARTIE II :**  
**PEUT-ON ETENDRE LES**  
**INDICATIONS EN CHIRURGIE**  
**AMBULATOIRE RHINOLOGIQUE ?**

## **A- INTRODUCTION**

Malgré la volonté des institutions de développer la CA il apparaît que les recommandations actuelles en terme de chirurgie rhinologique ambulatoire sont limitées à 4 interventions (septoplasties simples, méatotomies moyennes, réductions de fracture des os propres du nez). En dehors de celles-ci nombreux patients pourraient bénéficier d'un régime d'hospitalisation différent qui ne fait pas encore l'objet de telles recommandations. Les turbinoplasties et les ethmoïdectomies sont des actes traditionnellement réputés comme pourvoyeurs d'un faible taux de complications post-opératoires immédiates (<5%) et notamment d'épistaxis [24]. Le risque d'épistaxis post-opératoire est un des principaux freins à la prise en charge ambulatoire. Par l'identification et la prévention de ces complications nous pourrions étendre les indications de la chirurgie ambulatoire en rhinologie afin d'optimiser la PEC des patients.

Nous nous sommes intéressés aux autres actes de chirurgie endonasale, pour lesquels il n'existe pas à ce jour de consensus national recommandant une prise en charge ambulatoire (Turbinoplasties, ethmoïdectomies uni/bilatérales, chirurgie isolée du sinus frontal ou sphénoïdal), afin d'évaluer nos pratiques et d'étudier le rapport coût/bénéfice pour l'établissement.

L'objectif principal était d'analyser dans notre population sélectionnée le taux d'échec de la PEC ambulatoire correspondant aux patients pour lesquels le séjour ambulatoire a dû être converti en hospitalisation, ainsi que d'en analyser les facteurs prédictifs échecs.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution des taux de CA pour ces types d'interventions et de réaliser une enquête médico économique de cette prise en charge.

## **B- MATERIEL ET METHODES**

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients chez qui un acte de chirurgie endonasale a été programmé en ambulatoire à l'IUFC par un même opérateur, entre janvier 2014 et novembre 2017.

Nous n'avons pas inclus les patients ASA $\geq$ 3 ou ceux chez qui ont été réalisées isolément une ou plus des 4 interventions déjà recommandées (septoplasties simples, méatotomies moyennes, réductions de fracture des os propres du nez) en chirurgie ambulatoire au titre du consensus formalisé de la SFORL de 2014 [5].

Les patients inclus étaient ceux dont les interventions correspondaient à l'ensemble des actes correspondants aux cotations CCAM regroupées dans le tableau 2 et comprenant les ethmoïdectomies partielles ou totales uni/bilatérales, les turbinoplasties uni/bilatérales, les chirurgies isolées des sinus frontaux ou sphénoïdaux. Concernant les ethmoïdectomies, aucun patient ne recevait de traitement antibio-corticoïde préopératoire. Ces interventions pouvaient inclure une septoplastie ou une méatotomie moyenne associée au geste principal. Les patients opérés étaient tous méchés en fin d'intervention et soit déméchés à J0 avant la sortie (ambulatoire), soit déméchés à J1 en cas d'hospitalisation une nuit (échec de l'ambulatoire).

Nous avons alors dans un premier temps distingués deux groupes :

- Les turbinoplasties ou turbinectomies : code CCAM GAME001 ; La procédure consistait en une section partielle du cornet inférieur associée à une électrocoagulation classique.
- Les autres chirurgies des sinus (tous les autres codes CCAM).

CODE CCAM	Description de l'acte
GAME001	Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale, par endoscopie
GBFA008	Ethmoïdectomie antérieure bilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie
GBFA002	Exérèse de lésion du sinus ethmoïdal, par abord paralatéronasal ou par abord bilatéral de la fosse canine [abord bivestibulaire]
GBPE002	Marsupialisation de mucocèle du sinus ethmoïdal et/ou du sinus frontal
LAF015	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdectomie, par endoscopie
LAF016	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie
LAF017	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie
LAF018	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie
LAF019	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdectomie, par endoscopie
LAF020	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie
LAF021	Ethmoïdectomie antérieure, par endoscopie
LAF022	Ethmoïdectomie totale bilatérale, par endoscopie
LAF023	Ethmoïdectomie antérieure unilatérale avec septoplastie nasale, par endoscopie
LAF024	Ethmoïdectomie totale unilatérale

*Tableau 2 : Liste de actes de chirurgie endonasale étudiés*

Les facteurs prédictifs analysés comprenaient en plus des données épidémiologiques, la présence d'une HTA, la prise de traitements antiagrégants ou anticoagulants, le sexe ou le sous-type de rhinosinusite (allergique, non allergique, polypose naso-sinusienne, pathologie infectieuse ou tumorale).

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale. Le retour à domicile était soumis à une double validation (anesthésique et chirurgicale) et aux conditions relatives à la bonne exécution d'une PEC ambulatoire (cf. 3.2). Le traitement post-opératoire comprenait dans tous les cas des antalgiques de niveau 1 (Paracétamol), une corticothérapie (1mg/kg) pour une durée de 5j et une antibiothérapie de 7j (Amoxicilline/acide Clavulanique, en dehors de toute contre indication).

Le coût total de la prise en charge regroupait les charges relatives à l'hébergement et les charges relatives à l'intervention (matériel médical, collations,...).

L'évaluation des coûts relatifs à l'hébergement s'appuyait sur la « Comptabilité Analytique Hospitalière de 2014 » (CAH) qui définit des charges de logistique médicale (dépenses de pharmacie, stérilisation), des charges médico techniques (anesthésie, imagerie, biologie), des charges de gestion générale (ressources humaines, nettoyage, énergie, restauration, brancardage, blanchisserie) et des charges de structure (amortissement et entretien des constructions). Les valeurs moyennes retenues étaient de 458,40 €/jour pour une prise en charge ambulatoire et de 680,30 €/jour pour une hospitalisation conventionnelle.

Afin d'évaluer l'impact économique d'une prise en charge ambulatoire, une simulation des coûts d'une nuitée a été réalisée à partir de l'ensemble de la population ambulatoire. L'ajout d'une nuitée était neutre pour les coûts relatifs à l'intervention. Les coûts d'hébergement supplémentaires étaient calculés à partir des données de la CAH 2014.

L'impact économique de la CA correspondait à la différence entre les coûts totaux des séjours d'une nuitée simulée et les coûts totaux des séjours ambulatoires. Les patients programmés en CA mais dont la prise en charge nécessitait une conversion en hospitalisation (échec de l'ambulatoire) étaient inclus dans le calcul en tant que séjour en hospitalisation conventionnelle.

L'analyse entre l'échec de la prise en charge et les paramètres qualitatifs a été conduite en analyse univariée à l'aide d'un test de Chi<sup>2</sup>, adapté si nécessaire aux petits effectifs (test de Fisher), le tout à l'aide du Logiciel R.3.0.2™ pour Microsoft Windows®. Le seuil de significativité statistique retenu était de  $p \leq 0.05$ .

## **C. RESULTATS**

### **1. Evaluation de l'activité ambulatoire et de ses échecs**

#### **1.1 EPIDEMIOLOGIE**

Sur 537 patients au total, 144 (27%) ont été opérés en CA d'une des interventions nasosinusiennes ciblées entre janvier 2014 et novembre 2017, à savoir 46 (32%) d'une turbinoplastie et 98 (68%) d'une ethmoïdectomie. Leurs données épidémiologiques sont rapportées dans le tableau 3. Vingt-sept malades (15,7%) ont présenté un échec de cette prise en charge pour des raisons médicales et non médicales (Tableau 3) sans différence significative entre les deux chirurgies ( $p=0.77$ ).

INTERVENTION	AGE (Années)	SEXE (H/F)	AMBULATOIRES (n)	ECHECS DE L'AMBULATOIRE (n)		
				Total	Méd*	Non Méd*
TOUTES INDICATIONS	45	103/69	144	27 (15,7%)	15	12
				8 (14,8%)	5	3
TURBINOPLASTIES	38	34/20	46	19 (16,2%)	10	9
ETHMOIDECTOMIES	53	69/49	98			

*Méd\* : échec pour raison médicale ; Non Méd\* : échec pour raison non médicale ; n : nombre de patients ; H : Homme ; F : Femme*

**Tableau 3 : Répartition des échecs de l'ambulatoire**

## **1.2 TURBINOPLASTIES**

Entre janvier 2014 et Novembre 2017, parmi les 140 patients programmés pour une turbinoplastie, associée ou non à une septoplastie, 54 patients ont été prévus en ambulatoire mais 8 (14,8%) ont été hospitalisés (échec de la PEC ambulatoire) soit un taux moyen de 33% (n=46) en CA (Tableau 3) :

- Cinq patients (9,2%) pour épistaxis lors du déméchage
- Trois patients (5,5%) pour une heure de sortie du bloc opératoire trop tardive empêchant le retour à domicile le soir même

## **1.3 ETHMOÏDECTOMIES**

Entre janvier 2014 et Novembre 2017, parmi les 397 patients programmés pour une chirurgie endoscopique des sinus (hors turbinoplastie) associée ou non à une septoplastie, 117 ont été prévus en ambulatoire mais 19 (16,2%) ont été hospitalisés (échec) soit un taux final de (n=98) 25% en CA:

- Huit (6,8%) ont présenté une épistaxis au déméchage
- Six patients (5,1%) pour une heure de sortie du bloc opératoire trop tardive empêchant le retour à domicile le soir même
- Un patient (0,8%) dont la chirurgie s'est révélée plus complexe (chirurgie basicrânienne antérieure tumorale)
- Un patient (0,8%) avait présenté en per opératoire un hématome intra orbitaire
- Un patient (0,8%) avait présenté en per opératoire un spasme bronchique au réveil
- Deux patients (1,6%) ne disposaient pas d'accompagnant pour la première nuit post-opératoire au domicile

Aucun des patients en échec de prise en charge de l'ambulatoire, en particulier ceux victimes de complications hémorragiques, n'a nécessité de ré-intervention précoce sous anesthésie générale.

## **1.4 ETUDE DES FACTEURS PREDICTIFS**

Ni l'âge ( $p>0,05$ ), ni le sexe ( $p>0,05$ ), ni aucun des facteurs testés n'était prédictif d'un échec de l'ambulatoire que ce soit pour les turbinoplasties ou les ethmoïdectomies (Tableau 4).

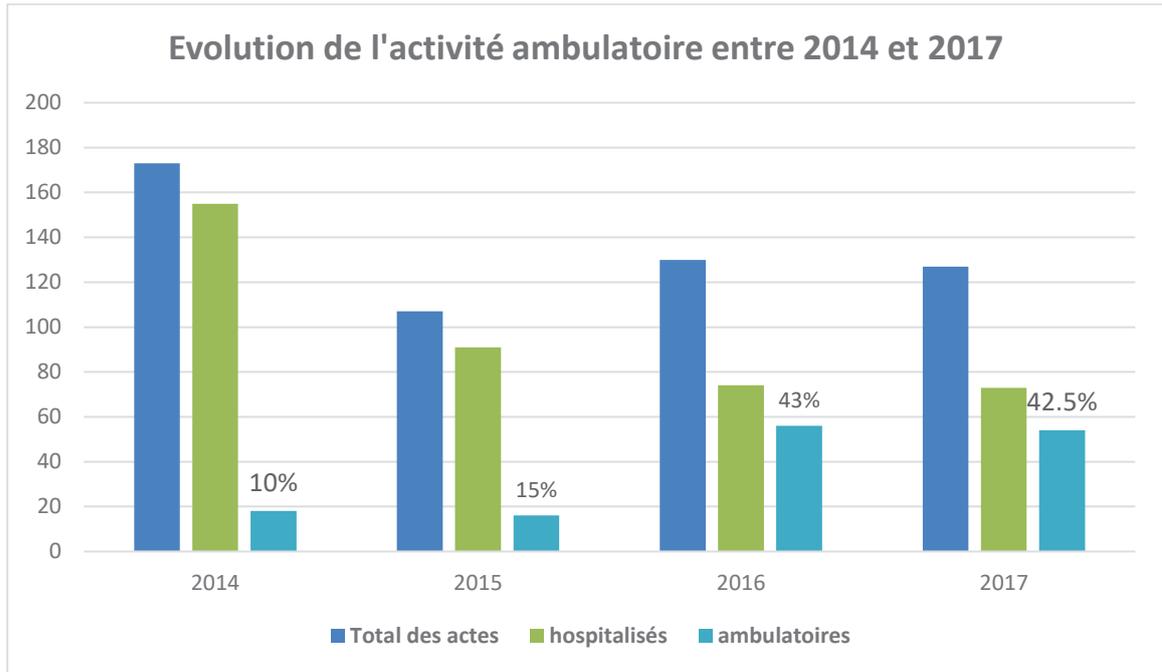
<b>FACTEURS EVALUES</b>	<b>ECHECS TURBINOPLASTIES (n)</b>	<b>ECHECS ETHMOIDECTOMIES (n)</b>	<b>VALEUR DE <math>p</math></b>
<b>HTA (n)</b>	2	1	$p=0.1$
<b>Antiagrégants/Anticoagulants (n)</b>	0	2	$p=0.2$
<b>Polypose Nasosinusienne (n)</b>	XXX	14	$p=0.08$
<b>Pathologie Infectieuse (n)</b>	XXX	3	$p=0.08$
<b>Pathologie Tumorale (n)</b>	XXX	2	$p=0.07$
<b>Allergie Associée (n)</b>	19	6	$p=1$

**Tableau 4 : Facteurs prédictifs et échecs de l'ambulatoire**

*HTA=Hypertension artérielle ; n=nombre de sujets*

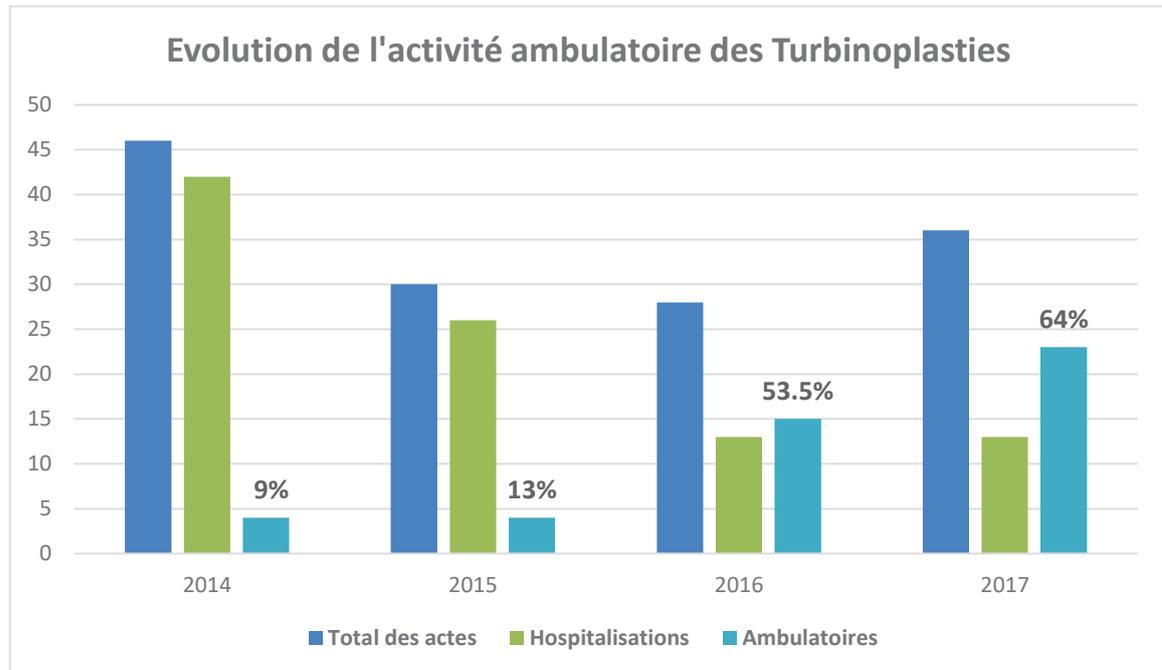
## **2 .Evolution de l'ambulatoire**

Sur 537 malades étudiés, 393 patients ont été opérés en hospitalisation conventionnelle et 144 en ambulatoire entre janvier 2014 et Novembre 2017. Le taux d'ambulatoire est passé de 10% en 2014 à plus de 40% en 2017 (Figure 8).



**Figure 5 : Évolution de la part d'ambulatoire globale (2014-2017)**

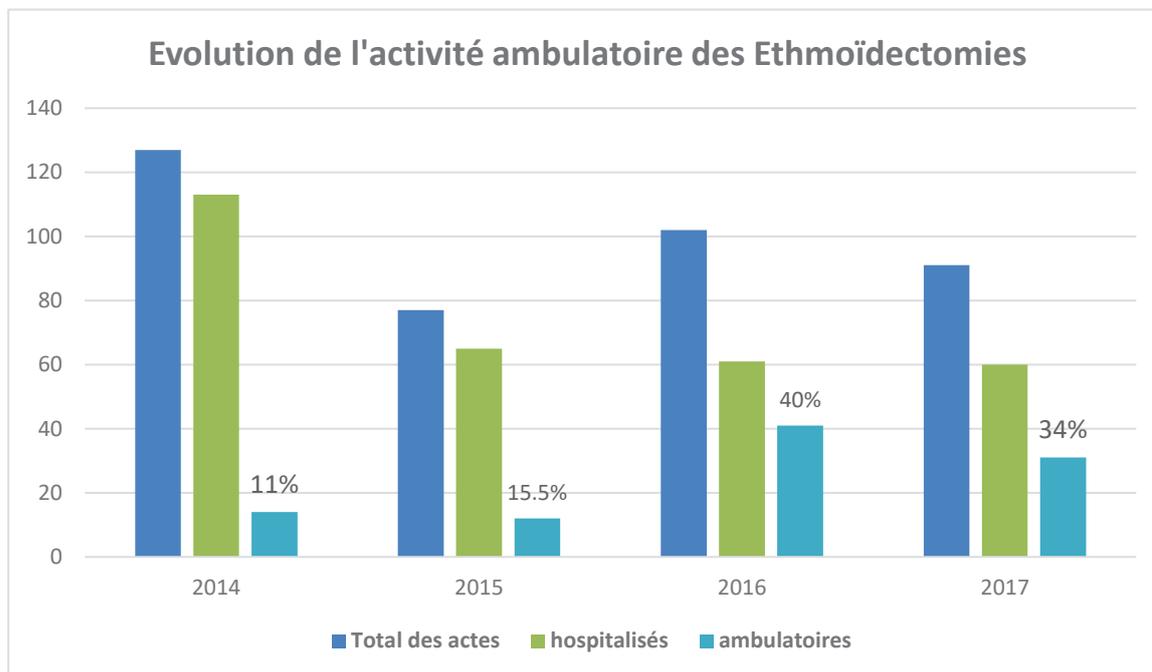
Concernant les turbinoplasties, le taux d'ambulatoire passe de moins de 9% en 2014, 13% en 2015, 53.5% en 2016 et 64% en 2017 (Figure 9).



**Figure 6 : Evolution de la part d'ambulatoire pour les turbinoplasties (2014-2017)**

Pour les ethmoïdectomies le taux de prise en charge ambulatoire est

passé de 11% en 2014 et 15.5% en 2015 à des chiffres bien plus importants de 40% en 2016, et 34% en 2017 (Figure 10)



**Figure 7 : Évolution de la part d'ambulatoire pour les ethmoïdectomies (2014-2017)**

### **3. Etude médico-économique**

En s'appuyant sur les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), on constate que les pathologies étudiées dans notre travail sont toutes regroupées sous le même Groupe Homogène de Malades (GHM 03C07J/1) auquel est donc associée un même tarif. Ce tarif, réévalué, tous les ans s'élève pour 2018 à 1 634,82€.

Ce GHM a bénéficié de deux des mesures incitatives précédemment décrites:

- Suppression de la borne basse.
- Les tarifications des GHS 1 et J sont égales.

Ainsi les recettes étaient invariables que la prise en charge soit ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.

Le coût estimé de la prise en charge ambulatoire en rhinologie sur 4 ans était évalué à 66 009,6 € (Tableau 4). La simulation financière du coût d'un

séjour d'une nuitée pour l'ensemble des patients opérés en ambulatoire était mesurée à 97 963,2 €, soit un surcoût de 31 953,6 €. Le gain financier sur la période de 4 ans aurait été de 31 953,6 €.

<b>ANNÉE</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Coût Total Ambulatoire (1) (€)</b>	8 251,2	7 334,4	25 670,4	27 753,6	66 009,6
<b>Coût séjour simulé d'une nuit (2) (€)</b>	12 245,4	10 884,8	38 096,8	36 736,2	97 963,2
<b>Différentiel de coût (2)-(1) (€)</b>	3 994,2	3 550,4	12 426,4	8 982,6	31 953,6

*Tableau 5 : Évaluation comparative des coûts totaux (en euros) .*

## **D-DISCUSSION**

### **1. Analyse des échecs**

Nous rapportons 15,8% d'échecs de prise en charge ambulatoire, toutes raisons confondues, ce qui est légèrement supérieur aux taux de conversions en hospitalisation rapportés dans la littérature (de 2 à 8.8%) [26;27]. Ces résultats sont en partie expliqués par l'inclusion dans d'autres travaux d'interventions décrites comme moins morbides que nous avons ici exclues (septoplasties, méatotomies...).

Une étude menée par Menezes et al. sur 227 patients opérés d'une septo-turbinoplastie (dans 97% des cas) en CA, retrouve des taux d'échec de prise en charge ambulatoire avoisinant les nôtres (7%)[35].

Concernant les turbinoplasties et les ethmoïdectomies, les

complications constituant des motifs d'échec de la CA les plus fréquemment rapportés dans la littérature sont les épistaxis post-opératoires, nécessitant remêchage à hauteur de 2% environ. La faisabilité de l'ethmoïdectomie en ambulatoire est également mise en avant par Oker et al [30] qui dans une étude regroupant 74 patients bénéficiant d'une ethmoïdectomie en ambulatoire (mêchage résorbable post-opératoire), ne déplore qu'un cas sur 4 (1,3%) d'épistaxis sévère entraînant un échec de la prise en charge en ambulatoire (les 3 autres causes n'étaient pas spécifiques à l'intervention).

Hormis un hématome intra orbitaire peropératoire, nos complications médicales spécifiques se sont limitées à des épistaxis postopératoires, cependant plus fréquents que précédemment publié (~10%). Nous l'expliquons par un mêchage non résorbable systématique, aujourd'hui abandonné pour ces deux interventions. Bien que certains auteurs comme Suzuki et al. [28], aient montré dans une étude rétrospective comparative incluant 146 malades, que la présence d'un mêchage post opératoire n'avait pas d'influence sur le taux d'épistaxis après chirurgie endoscopique des sinus, le démêchage n'en reste pas moins un traumatisme supplémentaire sur une muqueuse enflammée par la chirurgie et ne semble plus nécessaire à la lumière d'un taux spontané d'épistaxis postopératoires toutes chirurgies endonasales confondues de 10% [43].

Cela remet en question l'intérêt d'un mêchage systématique de nos patients. Ce geste est pourvoyeur de douleurs et d'angoisses importantes pour les patients opérés mais aussi plus rarement d'une morbidité importante (perforations septales, inhalations, chocs toxiques) [29]. L'utilisation de mèches résorbables ne nécessitant pas de démêchage post-opératoire est un outil supplémentaire et semble permettre la diminution de ces épistaxis postopératoires [30].

Par ailleurs la technique opératoire, en particulier pour les turbinoplasties, peut influencer sur le risque d'épistaxis post opératoire. Dans notre étude, une turbinoplastie par section d'une bande de cornet inférieur aux ciseaux suivi de la cautérisation de la tranche de section à la pince bipolaire était employée. Il existe cependant d'autres techniques

(via l'utilisation du laser, d'un microrésecteur, de la radiofréquence, des ultrasons) dont l'efficacité sur l'obstruction nasale apparaît similaire [31].

Le contrôle des épistaxis post-opératoires impose en amont de prêter attention aux critères de sélection des patients. Nous n'avons pas retrouvé d'effets significativement prédictifs de l'existence d'une HTA connue ou de la prise de traitements antiagrégants ou anticoagulants sur l'augmentation du nombre d'échecs liés aux épistaxis, mais les effectifs, jeunes en majorité, étaient limités du fait d'un biais de sélection majeur à la programmation du patient (anesthésiste et chirurgien) afin de limiter les échecs de l'ambulatoire chez ces patients à risque hémorragique. Bien qu'il ait été retrouvé chez Menezes et al. [35] que les antécédents n'étaient pas prédictifs d'une complications postopératoire immédiate d'une septo-turbinoplastie, une étude prospective incluant plus de patients sous traitement antiagrégant ou souffrant d'HTA (en restant avec un ASA  $\leq$ II) permettrait de préciser s'il est licite de limiter la prise en charge ambulatoire dans ce sous-groupe de patient.

Sans être significatif, par probable manque de puissance, les épistaxis post-opératoires survenaient chez un plus grand nombre de patients opérés d'une rhinosinusite chronique avec la présence de polypes, tous grades confondus, que d'une rhinosinusite infectieuse ou d'une lésion tumorale. Oker et al. [30] avaient déjà souligné cela en retrouvant les polyposes naso-sinusiennes grade IV comme significativement pourvoyeuses d'épistaxis post-opératoires. L'ambiance inflammatoire de ces sinus ethmoïdaux (lorsque l'indication opératoire existe) pourrait en être la justification, d'autant plus que ces patients ne bénéficient pas systématiquement d'un traitement anti-inflammatoire préopératoire.

Outre le méchage, les comorbidités ou la technique opératoire, d'autres facteurs concourent à contrôler l'hémostase peropératoire [33]. Avant l'intervention, la connaissance de l'anatomie des fosses nasales et des sinus ainsi que la relecture attentive de l'imagerie du patient est indispensable pour éviter toute plaie, notamment artérielle, responsable d'une hémorragie peropératoire ou au réveil nécessitant un geste d'hémostase locale, ce qui n'a jamais été le cas dans notre travail. La

mise en place d'une antibiothérapie associée à une corticothérapie préopératoire est également proposée par certains auteurs [33]. Pour d'autres l'application topique au tout début de l'intervention d'acide tranexamique [34] permet un meilleur contrôle de l'hémostase durant les 30 minutes suivantes.

Sur le plan anesthésiologique, une attention particulière pourra être portée à la minimisation du risque hémorragique peropératoire d'autant plus que la qualité optique et le confort chirurgical sont directement dégradés par le saignement. Une anesthésie totalement intraveineuse semble être associée à un plus grand confort chirurgical par diminution du saignement dans le champ opératoire par rapport à une anesthésie par inhalation. [37;38]. Ashley et al. [33] soulignent l'importance de la position proclive durant l'intervention ainsi que de l'hypotension contrôlée avec idéalement une Tension Artérielle Moyenne entre 60 et 70 mmHg. Par ailleurs, Rüsçh et al. [36] ont décrit comme facteurs de risque de nausées et vomissements, pourvoyeurs de transformation en hospitalisation, la durée opératoire et l'utilisation d'opioïdes durant l'anesthésie.

Enfin il nous semble également important de souligner le rôle majeur des personnels para médicaux (bien souvent en charge du déménagement) qui participent aussi directement à l'information des patients sur les consignes à respecter en cas d'épistaxis post-opératoires tardives à domicile très anxiogènes et pouvant entraîner des ré-hospitalisations.

Il ressort de notre série que près de 40% des échecs de l'ambulatoire sont imputables à des raisons organisationnelles (heure de sortie du bloc trop tardive, défaut d'accompagnant du patient pour son retour à domicile). Ainsi une grande part des échecs pourrait être anticipée, évitée, ou du moins réduite aux aléas médicaux (et faire redescendre le taux d'échecs à ~10%).

Dans un premier temps, l'optimisation du taux d'ambulatoire passe inévitablement par l'information claire du patient lors de la programmation opératoire sur les consignes, l'organisation d'amont, et l'appel de la veille

ou dans les 48h, afin de d'éviter le plus précocement possible une éventuelle annulation ou un échec de l'ambulatoire. Les sorties tardives du bloc opératoire sont, optimisables en portant une attention particulière à la planification des temps opératoires, mais restent inéluctablement dépendante des « aléas » chirurgicaux et d'un retard non souhaité, mais parfois accumulé d'une intervention à l'autre.

## **2. Evolution de l'activité chirurgicale en Ambulatoire**

Le nombre annuel d'actes en ambulatoire a globalement augmenté entre 2014 et 2017 de 32.5%. On note un véritable « tournant » à partir de 2016 où l'on atteint un taux global de chirurgies ambulatoires de 43% qui est resté stable depuis. Cet engouement s'est manifesté dans notre centre aussi bien pour les turbinoplasties, que pour les ethmoïdectomies.

Depuis 2014 le consensus formalisé de la SFORL recommande clairement de pratiquer les septoplasties et les méatotomies en ambulatoire dès que les conditions le permettent. A l'inverse il n'existe pas à ce jour de recommandations claires dans la littérature internationale indiquant si le reste de la chirurgie sinusienne doit, si les conditions le permettent, être réalisée en ambulatoire.

Outre l'absence de consensus, un autre frein au développement de l'ambulatoire pour les turbinoplasties réside dans les complications qu'elles peuvent engendrer. En 2018 J.Dabrowska-Bien et al. constatent [24] sur une série de 5639 patients des taux d'épistaxis presque deux fois plus importants pour les septoplasties associées à une turbinectomie (4,1%) par rapport aux septoplasties simples (2,6%). Notre travail montre pourtant que chez des patients sélectionnés et avec une prise en charge optimisée, le taux de complications pour les interventions que nous avons ciblé reste proche de celui retrouvé dans les 4 interventions faisant aujourd'hui l'objet de recommandations.

Bien que les taux de complications postopératoires non graves (dominées par les épistaxis) soit un peu plus élevés que celles

rapportées dans la littérature, cela témoigne de l'engagement de notre centre dans la mutation des pratiques et l'optimisation, à la lumière de ce travail, de ces complications.

### **3. Réorganiser pour améliorer le taux d'ambulatoire**

Le développement de l'ambulatoire est un choc organisationnel pour les équipes opératoires comme pour les établissements. Le secteur privé n'a pas eu d'autre choix que de mener de front cette réorganisation pour rester viable économiquement. Même si le secteur public s'est, en majeure partie, converti à l'ambulatoire, il existe des freins structurels et culturels à un développement plus poussé de cette pratique. La preuve en est la hausse de 1,2 point du différentiel de taux d'ambulatoire de 2012 à 2016 entre le secteur privé et le secteur public (différentiel de 17,9% en 2016 vs 16,7% en 2012) [39].

En effet la CA exige d'investir massivement dans les innovations, dans la restructuration, dans la réorganisation des équipes et dans la formation du personnel. Il faudrait donc d'abord réinvestir et redistribuer tout ou partie des bénéfices financiers aux acteurs de soins avant d'en faire bénéficier pleinement les financeurs. Les économies réalisées par la pratique ambulatoire pourraient alors permettre l'investissement nécessaire pour le déploiement de cette dernière et *in fine* générer un modèle productif de soins optimal sur le plan économique et avant tout pour le patient.

L'équation économique globale de la CA sur l'ensemble du parcours du patient en pré, per et post-opératoire est positive pour ces derniers, l'assurance maladie et la collectivité. L'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) a chiffré en 2014 le potentiel d'économie de l'ambulatoire à 700 millions d'euros d'ici à 2018, ce qui supposait un taux de CA de 65,6%, inatteignable dans la situation actuelle. Par rapport aux scénarii de développement de l'époque, la France se trouve en 2018 dans un

scénario de développement faible à moyen, ce qui confirme que des marges d'optimisation existent et sont nécessaires par rapport à la politique actuelle en matière d'extension de la CA.

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

A l'heure actuelle, quelques études ont été publiées sur la satisfaction des patients sur l'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète. L'étude de Canouï Poitrine et al (2008) [40] portant sur la satisfaction des professionnels de santé et des patients à l'unité de CA de l'hôpital Bicêtre. Les taux de satisfaction étaient bons (environ 80%). Toutefois, ils étaient bien meilleurs parmi les médecins que parmi les autres professionnels de santé (cadres et infirmières), qui trouvent que l'attente des patients et la gestion de leur sortie ne sont pas optimales. Une publication plus récente de 2017 [41]) montre que le taux de satisfaction des patients restait bon pendant la période post-opératoire (80%).

Il apparaît là encore primordial de fournir aux patients mais aussi aux soignants une information claire concernant les possibilités de prise en charge en ambulatoire. En effet on constate parfois des réticences des patients mais aussi de leurs soignants. Des travaux complémentaires prospectifs pourraient inciter à la révision des recommandations officielles et pourraient ainsi avoir un impact positif sur l'extension de l'ambulatoire en chirurgie endonasale.

#### **4. Les objectifs nationaux sont-ils-**

## atteignables?

L'objectif national de 62,2% de CA à horizon 2020 s'appuie sur un scénario prévisionnel « haut » décrit dans un rapport de l'Inspection Générale des Finances de juillet 2014 [5]. 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.
- Cela s'explique par la différence de population traitée ainsi que par la plus grande part d'interventions lourdes pratiquées dans les hôpitaux publics.
- En effet le secteur public concentre les patients aux lourds antécédents contre-indiquant plus souvent la prise en charge ambulatoire.

Concernant l'ORL, on retrouve différentes interventions dont la pratique ambulatoire est fréquente. Trottier et al. [24], et Snyder et al. [25] ont réalisé des études rétrospectives sur leur pratique ambulatoire de chirurgie thyroïdienne. Ils ont recensé respectivement 232 et 1136 patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale, lobo-isthmectomie ou totalisation thyroïdienne. Leur taux de succès de prise en charge ambulatoire était de 99,6% et 93,6%. Dans l'étude de Trottier et al [24], le taux de complication nécessitant une ré-hospitalisation était de 1,7%.

D'autres gestes comme l'amygdalectomie, mais surtout l'adénoïdectomie ou la pose/dépose d'aérateurs transtympaniques semblent avoir atteint un taux de pratique ambulatoire optimal

(respectivement 42,3%, 86,0% et 97,5%).

Concernant notre étude, en suivant la même pente de progression depuis 2014, 75% des turbinoplasties et plus de 50% des ethmoïdectomies pourraient être effectuées en 2020 en CA, rendant les objectifs nationaux accessibles.

## **5. Quelles sont les réelles économies ?**

Il reste difficile de déterminer précisément les économies exactes pouvant être réalisées par un établissement de santé transférant son activité de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire car les économies réalisées (à rémunération égale) résultent d'une diminution des coûts de production des séjours parfois complexe à chiffrer.

Plusieurs facteurs concourent à diminuer les coûts dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire :

- Baisse du nombre d'équipes présentes sur place la nuit (Une IDE coûte à la structure 48 718€ par an et une Aide-Soignante 40 377€ par an). Les économies réalisées dans une prise en charge en UCA se trouvent principalement dans les charges de personnel, ce qui représente en général pour un établissement de santé environ 60% de ses charges.

- Diminution de l'occupation des lits
- Optimisation des lits (Possibilité sur un même lit d'accueillir un plus grand nombre de patients)

- Baisse du nombre de nuitées
- Diminution des frais « hôteliers »
- Diminution des transports sanitaires, en effet les patients ambulatoires sont obligatoirement accompagnés pour leur retour à domicile.

- Absence de frais de fonctionnement le week-end

Le principal impact du développement de la CA se situe sur la baisse des coûts de production des séjours pour les établissements. La suppression des équipes de nuit et de weekend induit des économies de masse salariale auxquelles s'ajoute une réduction des charges logistiques et hôtelières.

Cependant, 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). A l'échelle d'une structure, mutualiser les services pratiquant la CA permettrait d'additionner 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%)).

Une fois l'unité de CA stabilisée, des gains de productivité peuvent être générés en augmentant le taux de rotation des patients. A terme, la réorganisation de l'offre hospitalière à l'échelle des territoires, du fait de la baisse de l'activité en Chirurgie conventionnelle, doit aussi générer des économies liées aux adaptations des capacités des hôpitaux.

L'erreur des Pouvoirs Publics serait de penser que l'ambulatoire génère immédiatement des économies alors que la pratique impose d'abord de lourds investissements pour mettre la demande en adéquation avec l'offre.

Pour développer encore le spectre de l'ambulatoire chez les patients autonomes mais vivant loin de l'hôpital (au delà de 50 km) ou n'étant pas accompagnés pour leur retour, on constate l'émergence d'« hôtels hospitaliers ». Ce sont de véritables hôtels à proximité de l'établissement

où est pris en charge le patient. Ce dernier peut y être accueilli avant ou après son intervention, sans frais à sa charge. Cela permet à l'hôpital de proposer une prise en charge ambulatoire à un patient que l'on aurait dû garder hospitalisé une nuit pour des raisons non médicales, mais aussi de diminuer le coût de prise en charge en rapport avec une hospitalisation non médicalement nécessaire (le coût d'une nuit dans un hôtel hospitalier étant moindre pour l'Assurance Maladie par rapport à une hospitalisation dans un service de soin). Enfin, cette pratique permet de libérer des lits d'hospitalisation dans un contexte d'engorgement des structures hospitalières.

Les bénéfices de l'ambulatoire pour l'Assurance Maladie ne sont pas seulement dus aux moindres coûts de production des séjours (gains indirects) mais peut être aussi à la diminution de prescription de transports médicaux (gains directs).

La baisse des dépenses de transports remboursés par l'Assurance Maladie pourrait découler de l'obligation de la présence d'un accompagnant lors d'actes réalisés en ambulatoire. Il est admis que le patient ne soit pas seul quand il rentre chez lui, l'accompagnant assure le plus souvent le transport du patient et évite ainsi le recours à un transport médicalisé.

Que ce soit la baisse des coûts de transports et de ceux des indemnités journalières, on constate une mobilisation des ressources individuelles pour rester plus actif tout au long du parcours lors de l'ambulatoire d'autant plus que cette prise en charge « dédramatise » l'acte chirurgical ; le fait de ne pas passer la nuit à l'hôpital signifie pour le patient qu'il peut reprendre rapidement une activité normale d'autant plus que la pratique de l'ambulatoire n'entraîne pas de changement significatif sur le parcours du patient en post-opératoire relatif à sa consommation de soins (consultations médicales ou paramédicales post-opératoire et ré-hospitalisations) [42]. On soulignera l'importance de la transmission de toutes les informations relatives à l'hospitalisation et ses suites au médecin traitant.

## **CONCLUSION**

L'activité ambulatoire au sein du service d'ORL de l'IUFC impliquant des chirurgies ethmoïdales et turbinales a quadruplée en quatre ans. Ce travail, certes rétrospectif, permet de suggérer la faisabilité en ambulatoire d'interventions rhinologiques ne faisant pas l'objet à ce jour de telles recommandations de prise en charge par nos sociétés savantes. Elle met aussi en lumière la politique de prévention nécessaire à entreprendre vis à vis des épistaxis postopératoires, principale cause médicale d'échec de ce mode de prise en charge.

Outre le fait d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que la satisfaction des patients, cette volonté d'accélérer le développement de la prise en charge ambulatoire des séjours de chirurgie répond également à un besoin d'efficience et peut encore permettre de faciliter la mobilisation de ressources humaines ou matérielles. Ces ressources deviennent de plus en plus indispensables à l'évolution d'unités dédiées à l'ambulatoire pour permettre aux structures hospitalières, dont l'IUFC fait partie, d'atteindre les objectifs nationaux de 66% à l'horizon 2020. Les clés de la réussite de l'ambulatoire sont avant tout dans les mains d'une équipe médicale et paramédicale soudées.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Instruction N° DGOS/R3/2015/296 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. Septembre 2015.
- [2] Réseau d’alerte, d’investigation et de surveillance des infections nosocomiales, “Surveillance des infections du site opératoire,” France, 2011.
- [3] “Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France,” Inspection générale des Finances, Inspection générale des Affaires Sociales, Juillet 2014.
- [4] “Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire,”  
*Ann. Fr. Anesth. Réanimation*, vol. 29, no. 1, pp. 67–72, Jan. 2010.
- [5] Consensus Formalisé. Recommandations sur la prise en charge ambulatoire des interventions. 2014
- [6] “International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003.”
- [7] “International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.”
- [8] 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.
- [9] J. H. Nicoll, “The surgery of infancy,” pp. 753–754, 18-Sep-1909.

- [10] F. Timmins and C. McCabe, *Day Surgery: Contemporary Approaches to Nursing Care*. John Wiley & Sons, 2008.
- [11] “Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger État des lieux et perspectives,” Haute Autorité de Santé, juin 2013.
- [12] “Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale,” Cour des Comptes, Chapitre: Chirurgie ambulatoire, Sep. 2013.
- [13] “Abécédaire de la Chirurgie Ambulatoire,” Assurance Maladie, Ministère de la Santé, Juin 2009.
- [14] “Manuel des groupes homogènes de malades, Version 13.11g de la fonction groupage.” Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 01-Mar-2015.
- [15] “Guide de l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune MCO,” Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Avril 2010.
- [16] S. Canasse, “Carnets de santé,” *Carnets de santé*, Mai-2009.
- [17] 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.
- [18] “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.
- [19] “Notice technique: Campagne tarifaire et budgétaire 2014-Nouveautés Financement,” Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, CIM-MF-249- 1-2014, Mar. 2014.
- [20] “Le ‘Bréviaire’ de la chirurgie ambulatoire,” Association Française de Chirurgie ambulatoire, Oct. 2007.
- [21] SFORL and HAS, “Guide méthodologique pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé.” *Paris 37pp.*

- [22] “Hôpital et territoire. La politique hospitalière. Politiques publiques - repères - vie-publique.fr,” 15-Jul-2010.
- [23] “Chirurgie ambulatoire: mode d’emploi,” Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements de santé, Nov. 2013.
- [24] D. C. Trottier, 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.
- [25] S.K Snyder, K.S Hamid et al. Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable? : experience with more than 1000 planned outpatients procedures. May 2010
- [26] Bhattacharyya N. Ambulatory sinus and nasal surgery in the United States: demographic and pre operative outcomes. *Laryngoscope* 2010; 120:635-8.
- [27] Georgalas C et al. Day case septoplasty and unexpected readmission at a dedicated day case unit. *Ann R Coll Surg Eng* 2006.
- [28] Suzuki C et al. The need for intranasal packing in endoscopic endonasal surgery. *Acta Otolaryngol supplement* 2010
- [29] Naghibzadeh B et al. Does post septoplasty nasal packing reduce complications ? *Acta Med Iran* 2011
- [30] Oker et al. Outcomes of endoscopic ethmoidectomy performed on a day-case basis : a prospective bi centric study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2016.
- [31] Ye T. et al. Update on surgical management of adult inferior turbinate hypertrophy. *Current Opinio in Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 2015.
- [32] Wang T-C et al. Absorbable and non absorbable packing after functional endoscopic sinus surgery, systematic review and meta analysis outcomes *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015.
- [33] Ashley A et al. Hemorrhagic complication of endoscopic Sinus Surgery. *Otolaryngologic Clinics of North America* 2015

- [34] Jahanshi J et al. Effect of topic tranexamic acid on bleeding and quality of surgical field during functional endoscopic sinus surgery in patients with chronic rhinosinusitis. Plos One August 2014
- [35] Menezes A. et al. Septal and turbinate surgery : is overnight essential ? European Archives of Oto-Rhino-Laryngology 2017.
- [36] D. Rüsçh, 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
- [37] Wormald P, Van Renen G, PerksJ et al. The effect of the total intravenous anesthesia compared with inhalational anesthesia on the surgical field during endoscopic sinus surgery. *Ann J Rhinol* 2005 ; 19 :514-20
- [38] Eberhart LH et al. Intravenous anesthesia provides optimal surgical conditions during microscopic and endoscopic sinus surgery. *Laryngoscope* 2003, 113 : 1369-73
- [39] Manach F. et al. La chirurgie ambulatoire dans le service d'ORL du CHU Bicêtre : rétrospective depuis 2000 et capacité de développement. *Médecine humaine et pathologie*. 2016
- [40] Canoui Poitrine et al., 2019, Evolution de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire
- [41] Denobo et al, 2017, Outpatient Lumbar Microdiscectomy in France: From an Economic Imperative to a Clinical Standard. *World Neurosurg*.
- [42] Bizard et al.,2017, Economic impact study of ambulatory surgery
- [43] Fokkens WJ et al. European position paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. 2012

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire en France (2012-2016).....	21
Figure 2 : Évolution du taux de chirurgie en ambulatoire et objectifs d'ici 2020.....	21
Figure 3 : Évolution des séjours de chirurgie avec et sans nuitées par secteur.....	22
Figure 4 : Taux de chirurgie ambulatoire par région et évolution (2012-2016) .....	23
Figure 5 : Évolution de la part d'ambulatoire globale (2014-2017) .....	54
Figure 6 : Évolution de la part d'ambulatoire pour les turbinoplasties (2014-2017) .....	54
Figure 7 : Évolution de la part d'ambulatoire pour les ethmoïdectomies (2014-2017) ...	55
Tableau 1 : Critères d'éligibilité à la prise en charge ambulatoire (SFAR 2010).....	39
Tableau 2 : Liste des actes de chirurgie endonasale étudiés.....	48
Tableau 3 : Répartition des échecs de l'ambulatoire.....	51
Tableau 4 : Caractéristiques des patients opérés d'une turbinoplastie.....	53
Tableau 5 : Évaluation comparative des coûts totaux (en euros) .....	56

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# **La Chirurgie Ambulatoire en pathologie rhinosinusienne à l'IUFC entre 2014 et 2017 : Faisabilité, évolution, impact médico économique et perspectives**

## **Introduction :**

La chirurgie ambulatoire prend aujourd'hui une place grandissante en chirurgie ORL. En chirurgie rhinosinusienne elle n'est à ce jour recommandée que pour les septoplasties, les méatotomies moyenne et les réductions de fracture de nez. L'objectif principal était d'analyser le taux d'échec de la prise en charge ambulatoire chez les patients opérés d'une turbinoplastie ou d'une ethmoïdectomie, ainsi que d'en analyser les facteurs prédictifs d'échec.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution des taux de chirurgie ambulatoire pour ces types d'interventions et d'en réaliser une enquête médico économique.

## **Matériel et méthodes :**

Une analyse rétrospective monocentrique a été conduite de janvier 2014 à novembre 2017 incluant l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie endoscopique des sinus en dehors des interventions déjà pratiquées en ambulatoires conformément au consensus formalisé de la SFORL publié en 2014. Les coûts et les recettes pour l'établissement étaient calculés et comparés à une prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

## **Résultats et Discussion :**

Sur 537 patients au total, 144 (27%) ont été opérés en CA d'une des interventions nasosinusiennes ciblées entre janvier 2014 et novembre 2017. Vingt-sept malades (15,7%) ont présenté un échec de cette prise en charge majoritairement à cause d'une épistaxis post-opératoire sans qu'aucun facteur ne soit prédictif de ces échecs. Sur la période de l'étude, le taux global de l'activité ambulatoire passait de 10% à 42,5%. L'augmentation de la part d'ambulatoire se traduisait par une réduction des coûts pour la structure sans modifier les recettes.