

# **Les freins à la Chirurgie Ambulatoire**

***Professeur Noël HUTEN - Tours***

***« D.I.U. Alternatives à l'Hospitalisation Traditionnelle et  
Prise en Charge Médicochirurgicale en Ambulatoire »***

**Je ne comprends pas votre discours en matière d'autorisation des places en chirurgie ambulatoire. Moi, je n'ai pas besoin de connaître les places, le Ministère de la Santé et les Services Sociaux non plus. J'espère qu'il s'en crée de plus en plus chaque jour ! Notre contrôle est à postériori.**

*Mario Alberto, Directeur du Ministère de la Santé au Québec. Congrès de Limoges, AFCA 1996.*

# 3 RAISONS

A – Le manque d'INTÉRÊT

B – Le manque de CONFIANCE

C – Le manque de MOYENS

# **A – Le manque d'INTÉRÊT ?**

- 1 - Le « taux de change » initial
- 2 - Les points ISA
- 3 - Les pertes de pouvoir (il faut partager)
- 4 - Les malades : plus de risques

## **B – Le manque de CONFIANCE ?**

1 – Les équipes « indifférenciées » : compétentes?

2 – Les suites :

- Quelles alertes? Qui alerte?
- Quelles passerelles de retour?
- Quels enjeux juridiques?

3 – Structure idéale :

- Unité existante indifférenciée?
- Unité dédiée?

4 – Impératif économique ou défense des intérêts du malade?

5 – Référent(s) reconnu(s)? Rôle de l'AFCA?

# **C – Le manque de MOYENS ?**

1 – Les anesthésistes

2 – Centre dédié INDISPENSABLE?

3 – Matériel

4 – Réseau / culture (Kehlet)

# ACTUELLEMENT : « CA CHANGE » !

1. Des centres (publics ou privés) de plus en plus nombreux le **proposent**.
2. La **demande** des malades augmente
3. **ON FAIT MIEUX** :
  - Amélioration de la prise en charge du malade
  - pas de dépendance/vie hospitalière
4. **POUR MOINS CHER** :
  - prévention :
    - infections nosocomiales
    - encombrement respiratoire
    - complications thrombo-emboliques
5. **INTÉRÊT** à pratiquer l'ambulatoire : c'est la "**vitrine**" de l'établissement : sinon ↓ 20 % recrutement global

**COMMENT TRANSFORMER LES**

**FREINS EN ACCELERATEURS ?**

# ON A INTÉRÊT A LA PRATIQUER

- les malades le souhaitent
- les tutelle le souhaitent (T2A)
- la nomenclature a évolué et évoluera (ISA)
- « l'union fait la force » : mutualisation des moyens

# LA CONFIANCE EST RENFORCEE

- Il n'y a pas de structure idéale
- La qualité de l'organisation est primordiale
- Le malade est au centre et non un otage
- Des équipes de renom la pratiquent : leur évaluation est éloquente

# LES MOYENS ARRIVENT

- Réseau solide axé sur « le tandem »  
Anesthésiste-Chirurgien + « **la chaîne** »
- Acquérir la discipline et les bonnes pratiques = **vitrine**
- Apprendre à communiquer, à informer dans une structure **transversale** et non pyramidale

# CONCLUSION

- Les freins sont surtout un état d'esprit
- 2 attitudes différentes dans un même service pour une même pathologie :
  - Traditionnelle, si Unité Traditionnelle
  - Ambulatoire, si Unité Ambulatoire
- Evolution incontournable à négociier maintenant (AFCA)

# Activité Traditionnelle

## AVANT

## APRES

### 1 – CONFIANCE

- Organisation = 0
- Education = 0

- Structure rodée
- Demande des malades

### 2 – INTÉRÊT

- Taux de change 1/3
- Recrutement ?

- Motivation des équipes
- Augmentation recrutement

### 3 – MOYENS

- Dispersion
- Pas de réseau

- Mutualisation
- Réseau de soins : recours

# Activité Ambulatoire

# Références

- A.C. Bensadon, M.F. Guérin
  - La chirurgie ambulatoire : cadre réglementaire, régulation et incitation. AFCA 2000, 177-182
- A. Corvez
  - Quels moyens mettre en œuvre pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire? AFCA 2000, 183-205
- A.M. Souliè
  - Rôle du médecin généraliste et réseaux de soins.
  - La chirurgie ambulatoire. SAURAMPS médical 2000, p 141-149
- Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe B2.2004