

La chirurgie ambulatoire dans les pays de l'OCDE

OCDE

- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- 30 pays membres : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Communauté Européenne, Corée, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle Zélande, Pays Bas, Pologne, Portugal, Royaume Uni, République Slovaque, République Tchèque, Suisse, Suède, Turquie

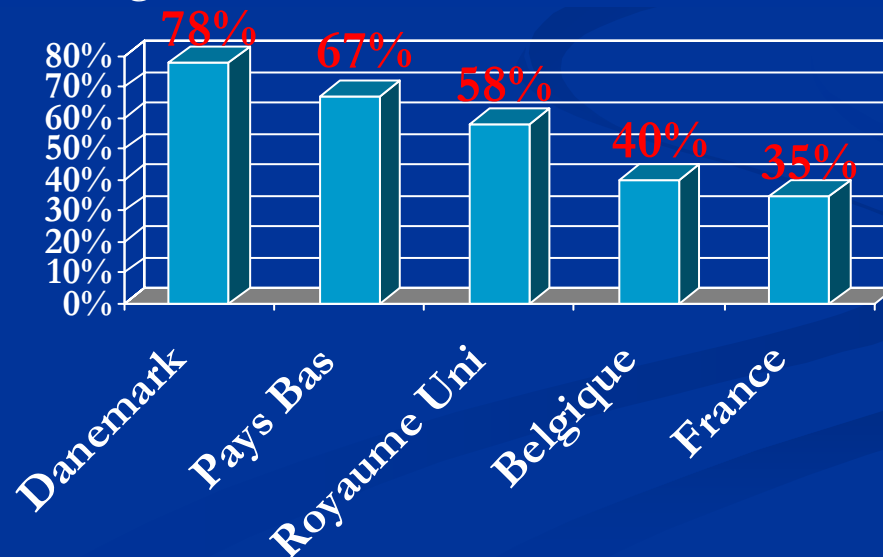
IAAS

- 1995 : OCDE demande à l'IAAS une série d'études comparatives des pratiques et du niveau de développement de la chirurgie ambulatoire
- IAAS : International Association Ambulatory Surgery
- 40 pays membres

18 interventions traceuses

- Drains transthoraciques, phimosis, canal carpien, IVG-curetage, adéno-amygdalectomie, Dupuytren, extraction dentaire, ablation de matériel, chirurgie testiculaire, arthroscopie, cataracte, varice, strabisme, chirurgie nasale, proctologie, cure de hernies, salpingectomies

■ Moyenne de chirurgie ambulatoire sur les interventions traceuses



ETATS-UNIS

■ Développement

- **Incitation financière +++**
- **1982** : Medicare : remboursement de 80% des honoraires si hospitalisation traditionnelle / remboursement total si hospitalisation ambulatoire
- Liste d'interventions uniquement remboursées si réalisées en ambulatoire
- Augmentation importante du volume de la chirurgie ambulatoire : **86,5%** entre 1979 et 1983
- **1994** : **65%** des interventions selon le mode ambulatoire
- **1998** : **71%**

■ Lieux (1994)

- **69%** : unités de chirurgie ambulatoire au sein de l'hôpital
- **19%** : centres indépendants
- **12%** : cabinets médicaux (actes mineurs)

CANADA

- 1992 : volonté du gouvernement de développer la chirurgie ambulatoire
- 1993 : méthode nationale de classification des actes pratiqués en ambulatoire (68 classes regroupant 1650 interventions)
- (CIHI : **C**anadian **I**nstitute for **H**ealth **I**nformation)
- **Forte disparité**
- 1997 : 65% des actes chirurgicaux en ambulatoire

NORVEGE

- **55% (43-65%)** de la chirurgie programmée faite en ambulatoire
- Campagne → Grande distance → **Hôtel affilié à l'hôpital**
- Janvier 2002, 4 régions :
 - Compétition entre les hôpitaux
 - Stimuler la chirurgie ambulatoire
 - Diminuer la liste d'attente
- Volonté d'inclure **les 2 secteurs**, public et privé, de façon **homogène**
- Nouveau but : améliorer le **réseau post plateau technique** (domicile, hôtel affilié à l'hôpital)
- ! ASA III ??????

DANEMARK

- 1994 : 40% des interventions en chirurgie ambulatoire
- 1997 : Forte impulsion
- **Forte disparité** entre les régions
- Un des **1^{er} pays de l'Europe Occidentale** pour la chirurgie ambulatoire
- Réhabilitation précoce ++ (Kehlet)

ESPAGNE

- Développement début des **années 90**
- **15%** des centres ambulatoires = institutions **dédiées**
- Plus récemment, promotion par un système de financement plus avantageux : **chirurgie ambulatoire = chirurgie d'avenir** (Juan Marin, Nissen/coelio)

PORTUGAL

- Début dans les **années 90** (incitation modeste)
- Depuis 6 ans volonté d'évoluer
- 2001 : augmentation de **15,7%** concernant les interventions traceuses
- Changement récent
 - mode de financement,
 - mentalité,
 - enseignement

SUISSE

- Nouvelle législation non favorable au développement de la chirurgie ambulatoire
- Si chirurgie
 - ambulatoire → patient obligé de payer 10% du total
 - traditionnelle → patient couvert totalement par l'assurance maladie
- Volonté de changement

ROYAUME UNI

- Objectifs :
 - Diminuer les listes d'attentes
 - Palier à la difficulté du recrutement du personnel infirmier
- Développement lent jusqu'en avril 1991 (mode de financement inadapté)
- 1994 : 22% d'interventions chirurgicales en ambulatoire
- Etats des lieux :
 - Augmentation de 18,6% entre janvier et juin 1994
 - Diminution des listes d'attente de 1,9%
- Importance des **structures traditionnelles**

FRANCE

- Croissance de l'indicateur de chirurgie ambulatoire sur les interventions traceuses :
 - 35,2% en 1997
 - 39,3% en 1999
- Croissance du nombre d'actes en chirurgie ambulatoire **3x plus importante** qu'en hospitalisation complète (augmentation de 28% en 1997 et 1999)
- Croissance **bien répartie**
- France : **10^{ème} position sur 13** au sein des pays de l'OCDE
- Disparité entre les régions

**Exemples de l'évolution
de la chirurgie
ambulatoire en chirurgie
viscérale**

RGO / Coelioscopie

Etude prospective, en intention de traiter, RGO par coelioscopie selon Nissen-Rossetti, 2004

J-P.Triboulet, C.Mariette, J-M.Balon, G.Piessen - CHRU Lille, France

■ Résultats

- Parmi 44 patients, RGO coelioscopie Nissen-Rossetti :
- 18 (41%) : critères ambulatoires
- 4 (22%) : sortis à la 23^{ème} heure (nausée, douleurs)
- 1 (5%) : réadmis à la 38^{ème} heure pour volvulus intrathoracique sur effort de vomissement et réopéré
- 95% des patients satisfaits de la prise en charge en ambulatoire

■ Conclusion

- RGO, coelioscopie, ambulatoire faisable avec haut degré de satisfaction du patient

RGO / Coelioscopie

Etude prospective de 1997 à 1999, RGO par coelioscopie selon Nissen-Rossetti ou selon Toupet

E.Trondsen, O.Mjaland, J.Raeder, T.Buanes - Norvège

■ Résultats

- 45 patients inclus
- Aucune conversion
- 4 : restés (douleurs, nausée, pneumothorax)
- 41 : sortis 3 à 8 heures après l'opération
- 5 : réadmis (douleurs ...)
- 1 : réopéré pour nécrose du fundus
- 5 : consultation sans nécessité d'admission
- 36 : très satisfaits
- 5 : insatisfaits (douleurs)

■ Conclusion

- RGO, coelioscopie, ambulatoire faisable avec haut degré de satisfaction du patient

RGO / Coelioscopie

Etude prospective débutée en décembre 1999, durée 18 mois, RGO par coelioscopie selon Nissen

M.E.Bailey, W.V.Garrett, A.Nisar, N.H.Boyle, G.H.Slater - Royaume Uni

■ Résultats

- 20 patients inclus (12 hommes, 8 femmes)
- Pas de conversion
- 1 patient : consultation le matin suivant sans réadmission (douleurs)
- Pas de différence significative au niveau des scores de douleur, de nausée entre le soir après l'intervention et le matin suivant
- Tous les patients satisfaits de l'information et de la prise en charge post-opératoire

■ Conclusion

- RGO, coelioscopie, ambulatoire faisable avec haut degré de satisfaction du patient

Cholécystectomie / Coelioscopie

Etude prospective chez les 100 1^{ers} patients ayant les critères de l'ambulatoire pour la Cholécystectomie / Coelioscopie du 12 mai 1998 au 4 janvier 2001

*H.Johanet, C.Laubreau, R.Barei, F.Descout, JP.Foulon, V.Tixier -
Clinique Sainte Marie, Pontoise, France*

■ Résultats

- 17 patients : restés (5 décisions pré-op, 3 per-op, 10 post-op)
- 4 : patients : réhospitalisés entre le 5^{ème} et 16^{ème} jours post-op (douleurs abdo, subictère, migration d'un calcul)

■ Conclusion

- Cholécystectomie / Coelioscopie en ambulatoire possible chez les patients bien sélectionnés

Cholécystectomie / Coelioscopie

Etude prospective comparative Cholécystectomie / Coelioscopie en hospitalisation complète / ambulatoire, 2004

A.Sharma, J.D.Hayden, R.A.Reese, P.C.Sedman, C.M.S.Royston, C.J.O'Boyle - Royaume Uni

■ Résultats

- 51 hospitalisations traditionnelles, 42 ambulatoires
- Durée de l'intervention et de l'anesthésie significativement plus courte en ambulatoire
- Douleurs post-opératoire significativement moins forte en ambulatoire après 24 heures mais pas de différence après 48 heures
- Morbidité : 3 conversions (1 ambu, 2 hospi)
- Pas de différence significative : retour à domicile et reprise de l'activité
- Satisfaction du patient : procédure d'admission, information reçue, environnement hospitalier : plus forte en ambulatoire
- Majorité (66%) préférence pour l'ambulatoire

■ Conclusion

- Cholécystectomie / Coelioscopie en ambulatoire possible chez les patients bien sélectionnés avec une grande satisfaction

Que retenir ?

- **Démarrage lent** pour tous les pays de l'OCDE concernés
- Depuis 5 ans, **nette accélération**
- **2 cas particuliers :**
 - **Canada** : impulsion +++ en 1992
 - **USA** : motivation financière +++
- **Pour la France :**
 - Equipes pionnières (P.Andivot, H.Johanet, J.Giordan, J.P.Triboulet)
 - Besoin d'évaluation
 - Renforcer la coordination de l'AFCA
 - Diminution du recrutement global (20%) si pas d'activité ambulatoire

Références

- J.P.Sales. Place de la chirurgie ambulatoire en France. Comparaisons internationales. Ann Chirurgie 2001; 126 : 680-5.
- Juan Marin . Ambulatory surgery in Spain. J.of Ambulatory surgery 10 (2004) 181.
- B.Roche . Swiss Society of ambulatory surgery . J. of Ambulatory Surgery 10 (2004) 183.
- Paulo Lemos . Ambulatory surgery in Portugal, The 2003 APCA report . J. of Ambulatory surgery 10 (2004) 179-180.
- Terje Dybvik, Unni Naalsund, Johan Raeder . Present status and future for ambulatory surgery in Norway . J. of surgery 10 (2004) 177.
- Claus Toftgaard .Danish association of day surgery . J . Of Ambulatory surgery 10 (2004) 175-176.
- ANAES, service évaluation technologie , 1997.
- C.Mariette, J.M.Balon, G.Piessen, J.P.Triboulet Chirurgie coelioscopique du reflux gastrooesophagien en ambulatoire : étude prospective préliminaire de faisabilité. CHRU Lille.
- E.Trondsen, O.Mjaland, J.Raeder, T.Buanes. Day-case laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease . Br. J. Surg. 2000, 87, 1708-1711.
- M.E.Bayley, W.V.Garrett, A.Nisar, N.H.Boyle, G.H.Slater Day-case laparoscopic Nissen fundoplication . Br. J. Surg. 2003, 90, 560-562.
- H.Johanet, C.Laubreau, R.Barei,, F.Descout, J.P.Foulon, V.Tixier . Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire . Ann Chir 2002; 127 : 121-5.
- A.Sharma, J.D.Hayden, R.A.Reese, P.C.Sedman, C.M.S.Royston, C.J.O'Boyle . Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy : outcome, patient preference and satisfaction . J. of Ambulatory Surgery 11 (2004) 23-26.