

C. Grave*, C.
Lauérière**

*Groupe AHNAC,
CHRU de Lille

** CHRU de Lille

Le champ de l'anesthésie ambulatoire se superpose à celui de la chirurgie ambulatoire presque complètement : son périmètre diffère si on l'associe à l'activité purement chirurgicale ou si l'on s'intéresse à l'activité des unités dites de chirurgie ambulatoire.

L'Assurance Maladie et l'AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire) retiennent en France deux définitions complémentaires : celle de la conférence de consensus de mars 93 et celle du code de santé publique (article R712-2-1 et D712-30).

Selon la conférence de consensus : « par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance post-opératoire prolongée, permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ».

Le code de santé publique précise : « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ces structures dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures (...) des prestations qui équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet ».

Pour l'AFCA, la chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient.

En 2003, la France était l'avant-dernier pays de l'OCDE en terme de développement de la chirurgie ambulatoire d'après le suivi de 20 interventions traceuses. Aux Etats-Unis, 94% de ces interventions étaient réalisées en ambulatoire, seulement 40 % en France.

En 2001 l'Assurance Maladie élabore en collaboration avec l'AFCM une liste de 18 gestes marqueurs couramment réalisés en chirurgie ambulatoire et représentatifs de la pratique pour une spécialité ou une pathologie. Ces actes concernent l'ophtalmologie (cataracte et strabisme), l'orthopédie (canal carpien...), le vasculaire périphérique, la chirurgie digestive (hernies...), l'ORL et le maxillo-facial, la chirurgie infantile et la gynécologie. Cinq enquêtes nationales seront menées entre 2001 et 2004 et l'Observatoire National de la Chirurgie Ambulatoire mis en place par l'Assurance Maladie en 2004 suit leur évolution.

Le premier constat est un retard important du secteur public sur le secteur privé, des disparités régionales et des taux de pratique très variables selon les spécialités.

Parmi les 5 gestes les plus fréquents (chirurgie de la cataracte, des varices, arthroscopie du genou, extractions dentaires et adéno-amygdalectomie), on observe néanmoins une progression de l'ambulatoire tout secteur confondu : de 36% en 1999 à 51% en 2005.

Cependant le taux cible attendu est de 85% en 2008.

Dans ce contexte la MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier) anime un chantier sur le thème de l'organisation de la chirurgie ambulatoire avec 39 établissements volontaires (dont 4 dans le Nord Pas de Calais) et met au point une méthodologie d'intervention reproductible.

Parallèlement, dans le cadre de la T2A, dès 2004 le ministère instaure des mesures incitatives au développement de l'activité ambulatoire . C'est d'abord l'apparition d'un tarif unique pour les séjours de « 0 nuit » ou d' « 1 nuit ». Puis en 2007, 5 GHM (Groupe Homogène de Malade) : interventions sur le cristallin, les varices, le canal carpien, la pose de drains trans-tympaniques et les circoncisions, sont financés à 100% dans le secteur public et il y a un rapprochement des tarifs pour 10 autres couples de GHM entre la chirurgie traditionnelle et de la chirurgie ambulatoire.

L'analyse des dernières données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) disponibles au niveau national (année 2006) montre que la situation dans le public s'améliore progressivement mais les séjours de chirurgie ambulatoire restent

majoritairement réalisés dans les cliniques privées avec un glissement de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire dans les 2 secteurs (Source DREES).