



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Promouvoir la chirurgie ambulatoire en France en 2013 : une analyse de cohorte



Promote ambulatory surgery in France in 2013: A cohort analysis

P. Capmas^{a,*}, A. Nazac^{a,d}, C. Jennequin^a, H. Fernandez^{a,b,c}

^a Service de gynécologie obstétrique, hôpital Bicêtre, AP–HP, 78, avenue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^b Inserm, CESP, U1018, 94276 Le Kremlin-Bicêtre, France

^c Université Paris-Sud, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^d CNRS UMR 7647, École polytechnique, 91120 Palaiseau, France

Reçu le 28 mai 2013 ; avis du comité de lecture le 16 septembre 2013 ; définitivement accepté le 19 septembre 2013
Disponible sur Internet le 25 octobre 2013

MOTS CLÉS

Chirurgie ambulatoire ;
Chirurgie gynécologique ;
Acte traceur ;
Cohorte

Résumé

But. – Montrer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire en chirurgie gynécologique.

Matériels et méthodes. – Étude de cohorte monocentrique évaluant la prise en charge en ambulatoire dans un service de chirurgie gynécologique entre janvier 2010 et décembre 2011. Le nombre de réhospitalisation dans le mois suivant une intervention en ambulatoire a été recueilli.

Résultats. – Deux mille huit cent trois interventions ont été réalisées, dont 1425 (51%) en ambulatoire. Quatre réhospitalisations dans le mois suivant la chirurgie ont été nécessaires et aucune n'a nécessité de réintervention chirurgicale. Pour les actes traceurs en gynécologie, le taux de prise en charge en ambulatoire est de 86% (hystérocopie opératoire, conisation et tumorectomie du sein) alors que l'objectif fixé par les autorités de santé est de 80%.

Conclusion. – Une prise en charge ambulatoire est possible en chirurgie gynécologique. L'objectif de 80% d'ambulatoire fixé par les autorités de santé sur les actes traceurs est réalisable sans risque supplémentaire. La diffusion de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire est possible à condition de garder à l'esprit que c'est bien le patient qui est en ambulatoire et non l'intervention. Le choix repose sur la balance bénéfice–risque.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : perrine.capmas@bct.aphp.fr (P. Capmas).

KEYWORDS

Ambulatory surgery;
Gynecologic surgery;
Tracer act;
Cohort

Summary

Objective. – Study feasibility of outpatient management for gynaecologic surgery.

Materials and methods. – Monocentric cohort analysis to study outpatient management in a gynaecologic department from January 2010 to December 2011. Number of second hospitalization in the month following ambulatory care was collected.

Results. – Two thousand eight hundred and three interventions were performed including 1425 (51%) in outpatient management. Four women had a second hospitalization in the month following ambulatory care and none of them had a second surgery. For gynaecologic "tracer act", that required an 80% rate of outpatient management in France (operative hysteroscopy, conisation and breast tumorectomy), the rate of outpatient management was 86%.

Conclusion. – Outpatient care is feasible in gynaecologic surgery and objective of an 80% rate of ambulatory care for some specific gynaecologic interventions is reasonable without additional risk. A large outpatient management is feasible keeping in mind that it is women that are concern with ambulatory care and not interventions. Choosing an outpatient care is based on the risk-benefit balance.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La chirurgie ambulatoire a été définie par la conférence de consensus de mars 1993 [1] comme « des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ». Les décrets du 2 octobre 1992 avaient préalablement fixé le cadre législatif en France. Ces textes ont été récemment complétés par le décret 2012-969 du 20 août 2012. Cependant, malgré ce cadre précis, le taux de chirurgie ambulatoire n'était en France en 1995 que de 20% [2] alors qu'elle atteignait 50 à 60% aux États-Unis à la même période [3]. En 2009, la France affichait un taux de chirurgie ambulatoire de 36% alors qu'il était de 70% en Norvège et en Suède et de 80% en Grande-Bretagne et aux États-Unis. La France se place ainsi au dernier rang des pays de l'OCDE pour la prise en charge en ambulatoire [4]. L'essor de la chirurgie ambulatoire a été facilité dans de nombreux pays pour des motifs divers: désengorgement des lits d'hospitalisation, réduction des coûts hospitaliers, pénurie de l'offre de soins, accroissement de la demande, contraintes économiques. La politique de santé française s'est orientée tardivement vers la prise en charge en ambulatoire (dans les années 1990) ce qui explique probablement le retard par rapport à certains pays européens.

Les problématiques actuelles de santé publique, d'occupation des lits et de gestion des coûts en France sont autant d'arguments en faveur de la diffusion de la prise en charge ambulatoire. La politique de santé actuelle a comme objectif de promouvoir la prise en charge en ambulatoire [4]. Des incitations tarifaires ou non ont été mises en places lors de 2 vagues successives. La première de 1999 à 2003 concernait la substitution de lits de chirurgie classique par des lits de chirurgie ambulatoire. La seconde vague d'incitation de 2004 à 2011 comportait d'une part des incitations tarifaires tels que le rapprochement entre les tarifs de la chirurgie complète et de l'ambulatoire, alors que ces derniers étaient jusqu'alors en défaveur

de la chirurgie ambulatoire, notamment sur 18GHM mais aussi des incitations plus coercitives telles que la mise sous accord préalable de l'Assurance maladie de 17 gestes marqués: dont deux concernent la chirurgie gynécologique (intervention sur la vulve, le vagin ou le col utérin et dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes).

Les données actuelles sur la prise en charge en ambulatoire en France sont peu nombreuses. La promotion de la chirurgie ambulatoire pose certaines questions; à savoir, le type d'intervention pouvant être réalisé, les critères de sélection des patients, les comorbidités susceptibles d'interférer avec une bonne gestion de l'ambulatoire.

La prise en charge en ambulatoire est largement possible notamment dans le secteur de la chirurgie gynécologique. On retrouve ainsi 5 interventions de gynécologie dans la liste des 38 actes traceurs qui vont être suivie par l'Assurance Maladie, à savoir la chirurgie du col de la vulve et du vagin (conisation et laser), chirurgie du sein (tumorectomie du sein), chirurgie de l'utérus (hystérectomie opératoire), interruption tubaire (coelioscopique ou hystéroscopique) et la ponction d'ovocyte.

L'activité chirurgicale d'un service hospitalier de chirurgie gynécologique est rapportée ici. L'objectif de ce travail est de montrer la faisabilité d'une prise en charge large en ambulatoire et de rapporter les complications ayant nécessité une nouvelle hospitalisation. L'évaluation du nombre de réhospitalisations dans le mois suivant a été choisie comme critère pour évaluer la qualité de la sélection des patientes pouvant être prise en charge en ambulatoire à défaut de disposer des taux de conversion en hospitalisation traditionnelle pour chaque type d'intervention.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte monocentrique évaluant la prise en charge en ambulatoire dans un service de chirurgie gynécologique sur une période de deux ans entre janvier 2010 et décembre 2011. Le recueil des données a été réalisé grâce au logiciel DIAMM, qui sert à la réalisation des comptes rendus opératoire et d'hospitalisation, pour le diagnostic

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272439>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272439>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)