

Etude d'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie en Bretagne

Rapport d'étude

Frédéric Bizard

Pour



Octobre 2020

Table des matières

Préambule	3
Synthèse	4
1/ Présentation du modèle de coordination des soins en chirurgie ambulatoire - Cas de l'Hôpital privé de Sévigné	6
1.1/ Présentation générale	6
1.2/ Un impact organisationnel fort de la chirurgie ambulatoire	11
1.3/ Analyse de l'exercice coordonné en ambulatoire à L'hôpital de Sévigné	12
2/ Evaluation de l'impact économique de l'exercice coordonné en santé	15
2.1/ Objectifs et Méthodologie de l'étude	15
2.2/ Résultats de l'étude d'impact économique de l'exercice coordonné	19
2.2.1/Evaluation du coût de l'exercice coordonné	19
2.2.2/ Evaluation de l'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie ambulatoire.....	20
3/ Etude qualitative de l'impact de l'exercice coordonné et analyse de son application à la RAAC	24
3.1/ Résultats de l'étude qualitative et discussion de l'étude quantitative	24
3.2/ Une application de l'exercice coordonné à la RAAC – Cas de Lorient	28
Bibliographie	31
Annexe 1 : Identification des risques dans la prise en charge du patient en ambulatoire (5)	32
Annexe 2 : Le parcours RAAC et le contenu du dossier de liaison (Lorient) (12)	33

Préambule

L'étude d'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie ambulatoire a été réalisée à partir des données du centre hospitalier de Sévigné qui s'est montré pionnier dans la protocolisation de celui-ci.

A défaut de disposer d'une large base d'établissements ayant mis en place cet exercice coordonné, l'étude d'impact s'est concentré sur la comparaison des performances du CH Sévigné avec les autres établissements de Bretagne d'une part et avec ceux de la France d'autre part.

L'obtention de résultats basés sur des données statistiques plus importantes à partir d'un échantillon plus large d'établissements serait utile pour consolider les résultats de cette étude.

Il n'en demeure pas moins que cette étude fournit des orientations très cohérentes et pertinentes sur l'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie ambulatoire et l'effet de levier qu'il représente pour améliorer l'efficacité de notre système de santé.

Synthèse

Le Centre hospitalier privé de Sévigné a mis en place en 2005 une démarche pionnière d'exercice coordonné hôpital-ville dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire. Le CH de Sévigné est une référence en Bretagne. C'est le troisième centre régional en termes de chirurgie ambulatoire avec 6,2% de parts de marché régional et sa renommée repose sur une base diversifiée de spécialités chirurgicales.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif stratégique de la politique de santé nationale depuis plusieurs années en France. Le taux cible pour 2022 a été fixé à 70%, ce qui ne pourra pas être atteint (le taux réel en 2019 est de 58,5%, soit +0,9% vs 2018) sans une évolution de l'environnement réglementaire visant à inciter et à accompagner davantage les établissements à faire évoluer leur organisation et les pratiques professionnelles.

Une stratégie de gestion de risques par l'innovation organisationnelle

L'équipe du CH de Sévigné, menée par le Dr Le Hetet, a fait le constat que la prise en charge en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique comportait de réelles différences -concernant entre autres la prise en charge de la douleur, les complications post-opératoires, l'inconfort, le suivi du dossier médical – dont il fallait gérer le risque. En conséquence, elle a mis en place une stratégie opérationnelle de gestion des risques en ambulatoire.

Le dispositif instauré repose sur un triptyque innovant : un patient acteur de son parcours, une organisation territoriale fluide et des outils de coordination et de démarche qualité simples et efficaces. Dans ce dispositif, l'hôpital n'est plus perçu comme un lieu de destination mais comme un acteur du parcours du patient opéré. Un label AOC (anticipation, organisation, coordination) a été déterminé pour sécuriser la qualité.

Une rentabilité économique de 600% et une performance remarquable et durable

Quinze ans après la mise en place de la démarche, les résultats sont probants et marquent le succès de l'initiative. Les bénéfices médicaux ont été démontrés à partir d'une base de plus de 6000 patients. Le retour d'information des professionnels de ville est encore aujourd'hui supérieur à 75% et le taux de recommandation à un proche supérieur à 80% pour l'ensemble des spécialités, avec des pics à 96% pour les amygdalectomies chez l'enfant par exemple.

L'impact le plus marquant est probablement sur le niveau du taux d'ambulatoire qui est nettement plus élevé que la moyenne régionale et nationale. Connaissant l'impact économique de la chirurgie ambulatoire grâce à des études précédentes, nous allons pouvoir définir les gains économiques générés par l'exercice coordonné en chirurgie. L'impact économique sera mesuré à partir d'une analyse coût-bénéfice qui va nous fournir la rentabilité de l'investissement réalisé dans l'exercice coordonné.

A l'échelle des trois indications étudiées, le gain potentiel en nombre de séjours ambulatoires en Bretagne est estimé à 17% sur la totalité des séjours, soit 1387 séjours supplémentaires en ambulatoire. Après avoir valorisés ces gains et les avoir comparés aux coûts de l'exercice coordonné, l'étude montre que chaque euro investi dans l'exercice coordonné rapporte 7 euros à l'investisseur, soit un ROI de 600%.

Mais une généralisation de l'exercice coordonné au national qui exige entre autres des incitations financières

Pour généraliser cet exercice coordonné, il apparaît indispensable d'intégrer une incitation financière pour les soignants, par une redistribution d'une partie des gains. En modélisant l'impact d'une telle incitation, on observe qu'une majoration globale de 100 euros par patient reste très rentable, sans compter les externalités économiques et sociales de la généralisation de l'exercice coordonné, via notamment une accélération du développement de la chirurgie ambulatoire (et probablement de la RAAC).

Si ce gain est direct pour les établissements, il est indirect pour le financeur puisque la baisse des coûts de production des établissements conduit à une baisse des tarifs et donc des dépenses de l'Assurance maladie (assurance maladie) les années suivantes selon le mécanisme de la T2A (la baisse des dépenses est immédiate pour les OCAM). Ce ROI ne prend pas en compte les externalités générées par une meilleure récupération des patients et ses conséquences économiques et sociales, ce qui améliore encore la rentabilité globale.

Une volonté d'appliquer l'exercice coordonné à la RAAC à expérimenter rapidement tant le potentiel de gains semble élevé

L'application d'un protocole d'exercice coordonné à la RAAC a été conceptualisée pour la clinique de Lorient et pourrait être un levier de développement de cette pratique. Son expérimentation serait très utile pour valider en pratique la valeur ajoutée de l'exercice coordonné sur la RAAC.

1/ Présentation du modèle de coordination des soins en chirurgie ambulatoire - Cas de l'Hôpital privé de Sévigné

Depuis Janvier 2005, l'hôpital privé de Sévigné a mis en œuvre un projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans le cadre de son activité ambulatoire.

1.1/ Présentation générale

Un établissement hospitalier référent et N° 3 en chirurgie ambulatoire en Bretagne

Créée en 1979, l'hôpital privé de Sévigné a développé des activités médico-chirurgicales diversifiées, mais sa renommée repose sur des spécialités telles que l'orthopédie, l'ophtalmologie, l'urologie, la chirurgie digestive (coelioscopie), la chirurgie vasculaire, l'hématologie, l'ORL et la chirurgie buccale.

L'hôpital possède une grande capacité d'accueil (235 lits et places), permettant de soigner chaque année environ 10 000 patients en hospitalisation complète (chirurgie et médecine) et 17 000 patients en ambulatoire.

L'hôpital appartient au groupe Vivalto depuis 2016.

Comme le montre le tableau 1, le CH privé de Sévigné est le troisième plus gros établissement de Bretagne en termes d'activité ambulatoire avec 11 278 séjours en 2019 et une progression de 20% en 4 ans. La part de marché régionale de l'établissement en chirurgie ambulatoire est de 6,2%. Le CH St Grégoire est leader avec près de 10% du marché régional et une croissance de plus de 5 points au-dessus de la croissance régionale, à 27,3% sur 4 ans.

Tableau 1 : Activité de chirurgie ambulatoire en nombre de séjours dans les principaux établissements hospitaliers de Bretagne

	Nom	Secteur	2015	2016	2017	2018	2019	2019	2019 vs 2015
	France		3 228 244	3 428 883	3 578 835	3 731 810	3 856 683	% total	En %
	Bretagne		149 330	158 270	167 260	175 683	181 991	100%	21,9%
1	CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	ex OQN	13 660	15 078	16 041	16 969	17 383	9,6%	27,3%
2	CLINIQUE OCEANE	ex OQN	11 528	11 942	12 418	13 149	13 366	7,3%	15,9%
3	HÔPITAL PRIVÉ SEVIGNE	ex OQN	9 425	9 893	10 577	10 938	11 278	6,2%	19,7%
4	HÔPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR	ex OQN	9 110	9 790	10 605	10 645	11 227	6,2%	23,2%
5	CHRU DE RENNES	ex DG	8 557	9 231	9 674	10 229	10 676	5,9%	24,8%
6	CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	ex OQN	7 307	7 199	7 634	8 311	8 461	4,6%	15,8%
7	CLINIQUE ST MICHEL ET STE ANNE	ex OQN	6 596	6 706	7 012	7 837	8 010	4,4%	21,4%
8	CHU BREST	ex DG	4 880	5 578	6 726	6 857	7 326	4,0%	50,1%
9	POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	ex OQN	5 970	6 265	6 358	6 528	6 869	3,8%	15,1%

Source : ATIH-Scan santé 2020

Un projet motivé par un constat de la spécificité de la prise en charge ambulatoire

Après avoir accueilli plus de 8500 patients en 2005 dans le service ambulatoire de l'hôpital de Sévigné, les médecins observent une réelle difficulté pour obtenir de l'information sur la situation post-opératoire des patients. Le projet est né suite au constat d'une réelle différence de prise en charge des patients en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique, concernant notamment la douleur, les complications post-opératoires, l'inconfort, le suivi du dossier médical ainsi que le vécu opératoire du patient et de ses proches.

Une forte volonté politique de développer la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire (CA) est une alternative à l'hospitalisation dite « conventionnelle » (HC) permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. L'évolution des techniques chirurgicales a rendu possible le développement rapide de la CA, considérée comme génératrice d'amélioration de la qualité pour les patients et d'économies pour les financeurs, notamment l'Assurance Maladie.

Cet essor a été largement encouragé par le Ministère de la santé qui a lancé un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire avec initialement deux objectifs : atteindre un taux de 55% en 2016 et de 66% en 2020. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire est en augmentation constante en France ces dernières années (1). **En 2019, 6,5 millions de séjours de chirurgie ont été réalisés dont 58,5% en ambulatoire (contre 54,1% en 2016),** cette proportion pouvant atteindre 95% pour certains gestes (notamment en ophtalmologie)¹.

Souhaitant que cette progression se poursuive, le Ministère de la santé a annoncé en octobre 2017 (annonce d'Agnès Buzyn lors des entretiens de Bichat à Paris) **un nouvel objectif visant à atteindre 70% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire d'ici 2022.** Cette pratique a donc vocation à devenir une **norme** pour l'ensemble du parc hospitalier français. La Haute Autorité de Santé a intégré des **indicateurs spécifiques** à la pratique de l'ambulatoire dans sa campagne 2018 sur la qualité et la sécurité des soins (2), dont les résultats soulignent le rôle central de **l'organisation des équipes** et de la planification des **soins et du suivi après la sortie.**

Sur le périmètre de conversion de la chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire retenu par les Pouvoirs Publics², le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 43,3% en 2010 à 54,1% en 2016, soit une hausse moyenne de 1,8 point par an. Si la progression concerne toutes les spécialités chirurgicales, il existe de fortes variations selon les territoires et les types d'établissement. Ainsi, le taux

¹ Données 2020 de l'AFCA

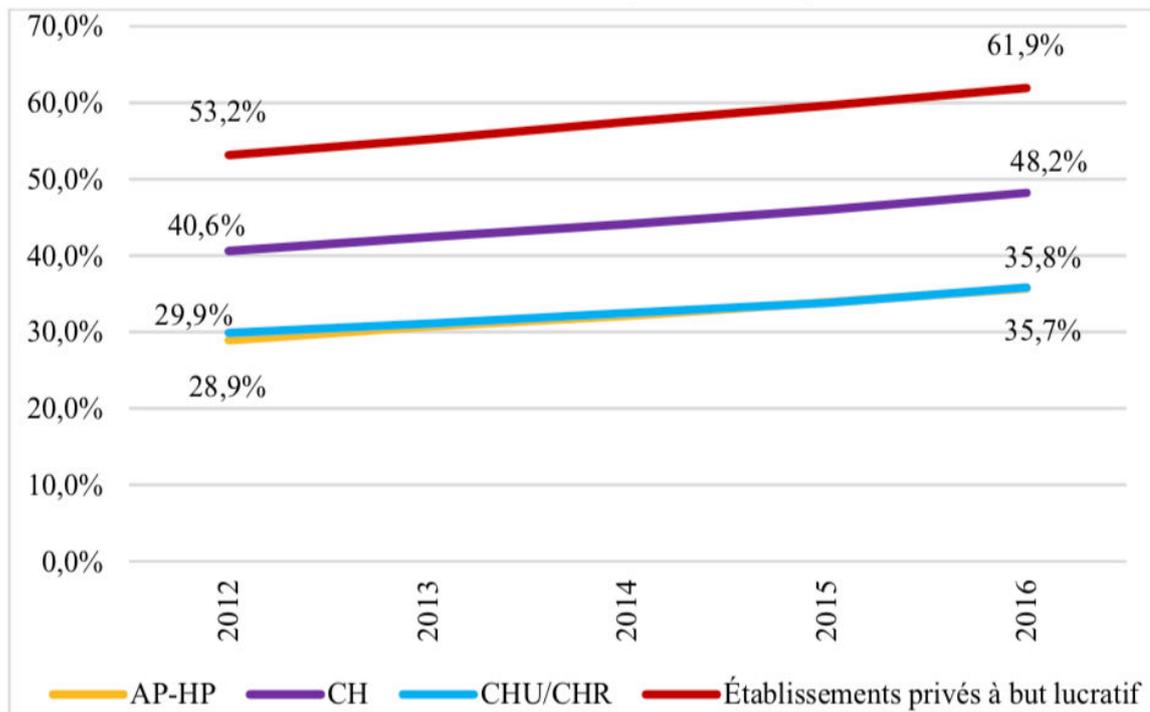
² Fixé par l'instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, qui a ajouté sept racines complémentaires de groupes homogènes de malades (GHM) au périmètre antérieur.

d'ambulatoire s'élève à 61,9% en 2016 dans le privé contre 44% dans le public et le privé à but non lucratif (cf. graphique 1).

Le rythme d'augmentation de la part des séjours en ambulatoire est relativement proche entre les secteurs depuis 2012. Cependant, comme l'atteste le graphique 1, l'écart des taux d'ambulatoire entre les cliniques privées et les CHU/CHR s'est encore légèrement creusé de 2012 (24,3 points) et 2016 (26,2 points). On observe la même tendance entre les cliniques privées et les CH (12,6 points en 2012 et 13,7 points).

Sur un plan national, le dernier taux de chirurgie ambulatoire connu à ce jour est de **58,5% en 2019 (soit 3 846 578 séjours en ambulatoire, + 115 760 séjours), soit une progression de 0,9 point par rapport à 2018 et de 4,4 points vs 2016³**. Comparé aux progressions observées de 2014 à 2017 (+2,1%, +1,9%, +2,2%, +1,8%, +1,7%), ce résultat confirme le tassement de la croissance de la chirurgie ambulatoire depuis 2 ans.

Graphique 1 : Taux de chirurgie ambulatoire selon le type d'établissements (2012-2016)



Source : ATIH.

³ Source : AFCA-2020

La Bretagne a réduit son retard en chirurgie ambulatoire par 2 depuis 2013 (tableau 2)

En 2019, le nombre de séjours en chirurgie en Bretagne était de 310 576 séjours, soit une part de marché de 4,8% sur l'ensemble des séjours chirurgicaux en France, en hausse de 9,1% depuis 2013 (+1,5%) contre +7,3% (+1,2%) en France.

Pour les séjours en ambulatoire, la Bretagne a vu le nombre de séjours augmenté de 37% depuis 2013 à 181 991 séjours (+6,2% par an), contre une croissance de 33% en France (+5,4% par an). Le nombre de séjours en hospitalisation conventionnelle a reculé de 2,6% par an depuis 2013, en ligne avec le reste de la France.

Quant au taux de chirurgie ambulatoire, la Bretagne a comblé 50% de son retard par rapport à la France depuis 2013. Avec un taux de 46,6% vs 47,9% en France en 2013, la Bretagne est passée à 58,6% en 2019 contre 59,2%. La progression de 2 points par an contre 1,9 point pour la France a permis à la Bretagne de récupérer 0,6 point de son retard par rapport à 2013⁴.

⁴ On observe un écart de 0,6 point du taux d'ambulatoire des données 2019 entre l'ATIH et l'AFCA (59,2 vs 58,6) alors que les données sont identiques pour les autres années.

Tableau 2 : Activité en nombre de séjours et en taux de la chirurgie ambulatoire en Bretagne et en France de 2013 à 2019

Nombre de séjours en chirurgie en France et en Bretagne									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2013	Par an
France	6 070 486	6 174 588	6 218 840	6 338 545	6 402 331	6 462 422	6 511 732	7,3%	1,2%
Bretagne	284 702	288 042	290 979	296 633	303 967	307 121	310 576	9,1%	1,5%
Part en %	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	4,8%	4,8%		
Nombre de séjours en chirurgie sans nuitée en France et en Bretagne									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2013	Par an
France	2 910 251	3 084 566	3 228 244	3 428 883	3 578 835	3 731 810	3 856 683	33%	5,4%
Bretagne	132 588	140 698	149 330	158 270	167 260	175 683	181 991	37%	6,2%
Part en %	4,6%	4,6%	4,6%	4,6%	4,7%	4,7%	4,7%		
Nombre de séjours en chirurgie avec nuitée en France et en Bretagne									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2013	Par an
France	3 160 235	3 090 022	2 990 596	2 909 662	2 823 496	2 730 612	2 655 049	-16,0%	-2,7%
Bretagne	152 114	147 344	141 649	138 363	136 707	131 438	128 585	-15,5%	-2,6%
Part en % age	4,8%	4,8%	4,7%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%		
Taux de chirurgie ambulatoire en France et en Bretagne									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013(en points)	Par an
France	47,9%	50,0%	51,9%	54,1%	55,9%	57,7%	59,2%	11,3%	1,9%
Bretagne	46,6%	48,8%	51,3%	53,4%	55,0%	57,2%	58,6%	12,0%	2,0%

Source : ATIH-Scan santé 2020

1.2/ Un impact organisationnel fort de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire génère un impact économique significatif pour les établissements avec une baisse des coûts de production de 20% par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (3). Cependant, cette baisse de la base des coûts nécessite une restructuration importante des établissements pour adapter leur architecture, leur organisation et la compétence de leurs ressources humaines aux exigences de l'ambulatoire.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est conditionné au réaménagement des locaux, notamment pour distinguer la file active de patients et les blocs opératoires de l'ambulatoire par rapport à celle et à ceux des hospitalisations conventionnelles. Ce choc organisationnel de l'ambulatoire exige donc des dépenses d'investissement significatives à prendre en compte dans l'évaluation économique globale de l'impact de la chirurgie ambulatoire. Pour une partie des investissements, notamment dans le secteur public, ces investissements restent à faire.

Cette différence sectorielle se retrouve dans l'impact de la chirurgie ambulatoire sur les coûts de production qui **est de -18% pour le secteur public et de -23% pour le secteur privé (3)**. Ainsi, malgré un coût de production déjà plus faible dans le privé, la baisse induite par la chirurgie ambulatoire y est plus forte sans nuire à la qualité. Il y a donc, toutes choses égales par ailleurs, une organisation des ressources mieux optimisée dans la chirurgie ambulatoire privée. On peut aussi en conclure que la marge de progression pour baisser la structure de coûts est très élevée dans le public, en développant la chirurgie ambulatoire d'une part et en optimisant l'organisation des ressources dans la chirurgie ambulatoire d'autre part.

1.3/ Analyse de l'exercice coordonné en ambulatoire à L'hôpital de Sévigné

La prise en charge d'un patient en ambulatoire est semée de risques à toutes les étapes du processus (cf. annexe 1 : identification des risques). De la méconnaissance du médecin traitant de la possibilité de traiter en ambulatoire le patient (en fonction de l'indication chirurgicale et du profil du patient en amont) au risque de rupture de la continuité des soins infirmiers en aval lors du retour à domicile, une stratégie de gestion de risque a été mise en place à chaque étape du parcours au Ch de Sévigné.

Mise en place d'une stratégie opérationnelle de gestion des risques en ambulatoire

L'idée initiale du projet est venue d'un constat de l'existence de marge de potentiel d'amélioration de la qualité de prise en charge de certains patients en ambulatoire. Il existe des risques que des complications post-opératoires ne soient pas bien maîtrisées. Une enquête téléphonique menée en 2005 par le service ambulatoire de l'hôpital privé de Sévigné en lien avec le service qualité a mis en évidence ces risques.

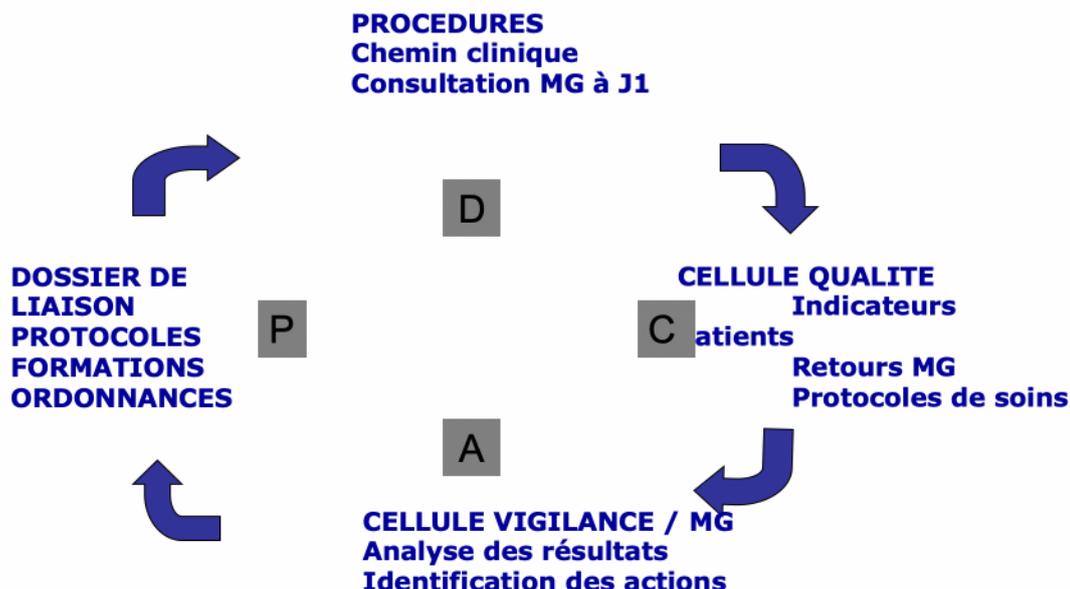
Les objectifs visés par le projet d'exercice coordonné du CH de Sévigné sont au nombre de 6 :

- Améliorer les soins et la prise en charge des complications post-opératoires ;
- Améliorer la gestion des risques en assurant une prise en charge optimisée des complications post opératoires par des protocoles partagés avec la médecine de ville ;
- Mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins exerçant dans l'établissement ainsi que les médecins généralistes du réseau ;
- Mettre en place la certification de l'établissement ;
- Définir et proposer la réalisation de formations auprès des médecins généralistes sur la prise en charge ambulatoire et notamment sur la douleur post opératoire ;
- Développer l'activité ambulatoire résultante de la réalisation des objectifs précédents et conformément aux recommandations nationales.

Un projet médical en 4 étapes

Le programme d'amélioration de la qualité est en lien avec un réseau de coordination des soins, en collaboration avec les **médecins généralistes** par l'intermédiaire d'une **cellule de vigilance**. Le modèle retenu est celui dit roue de Deming (roue de la qualité). Il comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, contrôler et améliorer (Plan, Do, Check, Act, modèle PDCA).

Schéma 1 : Modèle PDCA, dit roue de Deming



Source : Gecolib en chirurgie ambulatoire, des professionnels de santé du territoire au service du patient- Dr Hubert Le Hétet

Ce système de coordination ville-hôpital centré sur le patient préfigure l'hôpital de demain (de parcours) dans son organisation et ses interactions avec les acteurs extrahospitaliers, en particulier avec ceux du premier recours.

Les acteurs hospitaliers du programme d'exercice coordonné en chirurgie ambulatoire, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie, en fonction de la prévisibilité des suites post-opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

La qualité du programme repose sur une analyse des pratiques professionnelles via des indicateurs qualité et sécurité mesurés par le médecin généraliste ou l'infirmière libérale à la sortie du patient, complétés par des indicateurs renseignés par ce dernier. Une cellule de vigilance ambulatoire convie les acteurs de l'établissement hospitalier, les médecins généralistes et les infirmières libérales du territoire à venir analyser l'ensemble de ces indicateurs et à mettre en place des actions d'amélioration.

Pour réussir, ce dispositif exige ainsi un processus organisationnel rigoureux et doit reposer sur un **trityque innovant** : un patient acteur de sa démarche, une organisation territoriale et des outils de coordination et de démarche qualité.

D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours

Plutôt que d'être perçu comme un lieu de destination stricto sensu, l'hôpital est perçu dans le dispositif comme un acteur du parcours du patient opéré, participant à l'excellence et à la complétude de sa prise en charge.

Il a été déterminé un **label AOC de qualité** :

- Anticiper les patients à risque en fonction de critères médicaux, chirurgicaux ainsi que psychosociaux et environnementaux ;
- Organiser un partage d'information avec le patient et les professionnels de santé en ville ;
- Coordonner les acteurs de santé dans le parcours de soins par la mise en place d'un dossier de liaison entre la ville et l'hôpital.

Des résultats probants après 10 ans de partenariats

Un bilan après 10 ans (2006-2016) de mise en place du programme montre des résultats probants d'amélioration de la qualité. Avec une base de données de 6114 patients pris en charge et évalués par 862 médecins généralistes, il a été démontré les bénéfices médicaux du programme.

Les échanges entre les professionnels de santé libéraux de ville et ceux du CH de Sévigné, les évaluations des pratiques, la prise en compte de l'intégration sociale des patients (capacité de retrouver les capacités antérieures) sont sources de gain d'efficience.

Il y a plus de 75% de retour d'information des professionnels libéraux de ville. Un indicateur de succès est la satisfaction des patients qui sont davantage actifs dans leur pris en charge.

C'est un projet médical qui a démontré qu'il a généré une qualité intégrée.

Dans plusieurs indications, des résultats factuels ont prouvé l'efficience de cet exercice coordonné dont :

- **Amygdalectomies chez l'enfant** : le taux de recommandation à un proche est de plus de 96% ;
- **Hernies inguinales chez l'adulte** : le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 88% ;
- **Cholécystectomies** : les médecins généralistes estiment leur consultation post-opératoire nécessaire dans 83%.

Voyons pour ces trois indications quel est le rapport coûts/bénéfices de l'exercice coordonné.

2/ Evaluation de l'impact économique de l'exercice coordonné en santé

2.1/ Objectifs et Méthodologie de l'étude

L'étude économique va utiliser la méthode de **l'analyse coût-bénéfice** pour mener à bien l'atteinte des objectifs précités dans l'optimisation de la prise en charge des patients en ambulatoire. Cette méthode est couramment utilisée en santé, que ce soit en économie de la prévention ou dans celle de la prise en charge thérapeutique de patients.

Elle permet le calcul en termes monétaires des coûts et des résultats de l'action préventive ou thérapeutique envisagée ; dans ce cas la prise en charge coordonnée de patients dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Cela conduit à l'évaluation d'un ratio coût/bénéfice de cette action de prise en charge spécifique.

Dans ce cas, l'ensemble des coûts et des bénéfices obtenus dans l'expérimentation du CH Sévigné seront comparés à ceux d'une prise en charge sans exercice coordonné avec la ville. Plus exactement, nous utiliserons les données régionales de Bretagne pour le groupe « sans exercice coordonné », considérant que le CH Sévigné est le seul établissement ayant développé une approche structurée aboutie et effective d'exercice coordonné.

Une comparaison sera aussi menée avec la France entière, pour s'assurer de la robustesse des résultats.

Mesure du Return on investment (ROI) de l'action d'exercice coordonné

Pour mesurer le ROI, les variables financières sont évaluées en valeur monétaire :

- Les coûts sont les dépenses engendrées par la mise en place et la réalisation de la prise en charge coordonnée de patients dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ;
- Les gains sont les économies financières générées par l'investissement dans la prise en charge coordonnée de patients dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Identification des coûts de réalisation de la prise en charge coordonnée de patients dans le cadre de la chirurgie ambulatoire

Les coûts concernés sont principalement des coûts directs liés à la préparation, la mise en place et la réalisation des actions de coordination.

Evaluation des gains économiques

Les gains économiques de la prise en charge coordonnée d'un patient en ambulatoire considèrent l'ensemble des coûts – les coûts directs, indirects et intangibles – et sont évalués par comparaison entre les résultats de la prise en charge d'un patient sans exercice coordonné et celle avec un exercice coordonné.

N'ayant pas de données régionales détaillées sur l'ensemble des coûts de prise en charge des patients en ambulatoire en Bretagne, nous allons considérer que les gains économiques de l'exercice coordonné s'évaluent à partir du différentiel de taux de chirurgie ambulatoire généré par la prise en charge coordonnée.

En effet, l'impact économique de la chirurgie ambulatoire sur les différents financeurs – établissements, assurance maladie, patients – a été évaluée dans une étude française en 2019⁵.

Une baisse de coûts de production de 23% dans les établissements privés en ambulatoire

Pour évaluer les coûts liés à un acte chirurgical et les comparer selon le type de prise en charge, il est nécessaire de prendre en compte non seulement **l'hospitalisation durant laquelle l'acte a été réalisé mais également les prises en charge post-opératoires**.

En effet, la réalisation de l'acte en ambulatoire en exercice coordonné pourrait entraîner un surcoût en post-opératoire lié à un recours plus important au médecin traitant, aux services paramédicaux, aux arrêts de travail et/ou aux transports sanitaires.

Par conséquent, l'évaluation de l'impact économique a tenu compte :

- Du coût du séjour hospitalier au cours duquel a eu lieu la chirurgie ;
- Des couts post-opératoires (dans les 3 mois suivant l'intervention) :
 - Soins de ville (consultations, séances de kinésithérapie et soins infirmiers) ;
 - Réadmissions hospitalières ;
 - Transports sanitaires ;
 - Indemnités journalières.

Le coût de l'hospitalisation principale a été évalué selon trois perspectives (Assurance maladie, patients et établissements hospitaliers) de la manière suivante :

⁵ Etude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire- Frédéric Bizard- URPS médecins libéraux-Janvier 2019- Académie de chirurgie- e-mémoires

- **Pour l'Assurance maladie** : tarif du Groupe h=Homogène de Séjour (GHS), tel que publié au Journal Officiel pour 2018 ;
- **Pour l'établissement** : le coût a été fixé à partir de l'échelle nationale des coûts (ENC).
- **Pour le patient** : tarif du forfait journalier, du supplément de chambre particulière et du ticket modérateur, estimés grâce aux données de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé (12) selon le calcul suivant :
 - o Forfait journalier : 18€ par jour (1 jour comptabilisé pour les séjours en CA, 1 à 2 jours pour les séjours en HC) ;
 - o Supplément chambre particulière : 38€*10% dans le public et 48€*15% dans le privé en chirurgie ambulatoire / 46€*21% dans le public et 68€*46% dans le privé en HC par jour d'hospitalisation ;
 - o Ticket modérateur : le coût moyen de 183€ estimé pour l'année 2012 par l'observatoire des restes à charge en santé (12) a été utilisé et mise à jour pour chacune des années de la période d'étude en fonction de l'indice de prix à la consommation pour les services de santé établi par l'Insee.

En l'absence de source robuste sur les coûts réellement à la charge du patient, les données issues de cet observatoire ont été retenues afin de proposer malgré tout des éléments de réflexion sur la perspective patient. Ces coûts supportés par les patients sont dans la plupart des cas (96% de la population est couverte par un contrat de complémentaire santé) **payés par des organismes de complémentaire santé (OCAM)**.

Les coûts post-opératoires ont été calculés en prenant en compte l'ensemble des dépenses liées aux prises en charge réalisées dans les trois mois suivant l'acte chirurgical et en rapport avec celui-ci, en considérant **les soins de ville** (consultations, soins infirmiers et séances de kinésithérapie), **les réhospitalisations, les transports sanitaires et les indemnités journalières**.

Pour cela, les coûts liés à ces différents types de prestations ont été calculés sur deux périodes : d'une part dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, et d'autre part dans les 3 mois suivant celle-ci. La différence entre les coûts au cours de ces deux périodes a ensuite été calculée en faisant l'hypothèse qu'elle représentait les coûts en lien avec l'acte chirurgical.

Concernant le séjour hospitalier, la chirurgie ambulatoire (CA) a un **impact significatif sur les coûts de production hospitaliers qui baissent de 20%** en moyenne par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (HC), avec un impact plus fort dans le secteur privé (-23%) que dans le secteur public (-18%). Sur l'année en cours, l'assurance maladie bénéficie peu du développement de la chirurgie ambulatoire du fait de la convergence tarifaire effective depuis 2014 entre un séjour en chirurgie ambulatoire et un séjour en hospitalisation conventionnelle de niveau 1. En revanche, la baisse des coûts constatés

par les établissements se transforment en baisse des tarifs et donc en baisse des dépenses pour l'Assurance maladie les années suivantes.

Les patients bénéficient de la chirurgie ambulatoire avec des économies comprises entre 31€ et 57€ selon les actes. Concernant la phase post-opératoire, on observe peu ou pas d'impact de la chirurgie ambulatoire sur le parcours du patient en termes de consommation de soins. Il en est de même avec les taux de réhospitalisation qui ne varient pas de façon significative entre les deux pratiques.

L'étude d'impact économique de l'exercice coordonné va être réalisée sur les trois indications suivantes, amplement pratiquées au CH Sévigné :

- Amygdalectomies chez l'enfant (03C10) ;
- Hernies inguinales chez l'adulte (06C12) ;
- Cholécystectomies (07C14).

2.2/ Résultats de l'étude d'impact économique de l'exercice coordonné

2.2.1/Evaluation du coût de l'exercice coordonné

Le coût de l'exercice coordonné peut être évalué à partir de l'expérience du CH de Sévigné dans la mise en place du réseau ambulatoire.

On distingue des coûts fixes liés à la constitution du projet et à sa mise en place (7000 euros) et des coûts variables qui sont constitués principalement du coût des consultations post-opératoires.

Tableau 3 : Coûts liés à la mise en place de l'exercice coordonné au CH Sévigné

Variables	Indicateurs	Coût
Développement du projet médical	Temps passé par l'équipe projet	7000 euros
Consultation post-opératoire en J1 par le médecin généraliste	Coût de la consultation	25 euros
Consultation post-opératoire en J1 par le médecin pédiatre*	Coût de la consultation	30 euros

En tenant compte de l'activité du réseau de chirurgie ambulatoire en 2019 au CH de Sévigné, on peut estimer les coûts associés à l'exercice coordonné sur les 3 indications.

Tableau 4 : Coûts globaux de l'exercice coordonné au CH Sévigné sur les 3 indications réalisées dans le réseau ambulatoire en 2019

Coûts fixes en euros	7000
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	
Nombre de séjours	212
Coûts variables en euros	5 332
Hernie inguinale (06C12)	
Nombre de séjours	86
Coûts variables en euros	2 150
Cholecystectomie (07C14)	
Nombre de séjours	100
Coûts variables en euros	2 500
Coût Total en euros	16 982

2.2.2/ Evaluation de l'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie ambulatoire

Première étape : récolte des données de base

Pour évaluer l'impact économique, nous devons disposer des données de taux d'ambulatoire, de nombre de séjours et de valorisation des coûts et des séjours.

Tableau 6 : Taux de chirurgie ambulatoire dans les 3 indications au CH de Sévigné, en Bretagne et en France en 2019

Indications	Taux d'ambulatoire en 2019			Ecart CHS vs Bretagne
	CH Sévigné	Bretagne	France	
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	99%	67%	49,9%	32,0%
Hernie inguinale (06C12)	82%	73,9%	71,3%	8,1%
Cholecystectomie (07C14)	60%	55,1%	55%	4,9%

Source: ATIH & base de données CH Sévigné

Tableau 7 : Nombre de séjours ambulatoires dans les 3 indications en Bretagne et en France

Indications	Nombre de séjours en ambulatoire en 2019			Nombre de séjours totaux en 2019	
	CH Sévigné*	Bretagne	France	Bretagne	France
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	212	1 439	30 495	2 148	61 112
Hernie inguinale (06C12)	86	4 794	101 593	6 487	142 486
Cholecystectomie (07C14)	100	1 964	41 620	3 564	75 673

Source: ATIH & base de données CH Sévigné

* Patients inclus dans le réseau ambulatoire

Tableau 8 : Coûts des séjours des 3 indications selon l'échelle nationale des coûts (ENC).

Indications	Coûts ENC 2017 (euros)						Ecart J & 1	
	J	1	2	3	4	Moyens	Euros	%
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	1106	1249	3695	7677	13518	1296	143	13%
Hernie inguinale (06C12)	1664	1879	3081	4336	7975	1911	215	13%
Cholecystectomie (07C14)	2356	2659	4 234			2804	303	13%

Source: Scan santé

Deuxième étape : Evaluation des gains potentiels de chirurgie ambulatoire avec l'exercice coordonné

Dans une deuxième étape, nous allons évaluer le potentiel de chirurgie ambulatoire en nombre de séjours pour les trois indications étudiées en Bretagne si chaque établissement avait mis en place l'exercice coordonné.

Pour cela, nous allons appliquer le taux d'ambulatoire effectif du CH de Sévigné à l'ensemble des séjours des 3 indications en Bretagne et comparer le nombre de séjours ambulatoire obtenus, dit taux potentiel au nombre de séjours ambulatoire réel en 2019.

Tableau 9 : Mesure du potentiel de séjours ambulatoires en Bretagne dans les 3 indications et écart avec le nombre réel effectué en 2019

Indications	Taux ambulatoire en Bretagne		Gains potentiels en séjours ambulatoires		Ecart Potentiel vs réel	
	Réel	Potentiel*	Réel	Potentiel	Unités	%
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	67%	99%	1 439	2126	687	48%
Hernie inguinale (06C12)	73,9%	82%	4 794	5319	525	11%
Cholecystectomie (07C14)	55,1%	60%	1 964	2139	175	9%
Total			8 197	9 584	1 387	17%
* Avec une hypothèse de taux d'ambulatoire identique au CH Sévigné						
Source: ATIH- calculs de Frédéric Bizard						

Un gain de **17% du nombre de séjours ambulatoires** est possible en utilisant l'exercice coordonné, ce qui représente un surplus de **1387 séjours ambulatoires** en 2019 sur les 3 indications en Bretagne.

Troisième étape : Valorisation des gains et évaluation du ratio coûts/bénéfices

Dans une troisième étape, nous allons valoriser ce que représentent les bénéfices économiques de ce surplus de séjours ambulatoires et le comparer aux coûts de mise en place de l'exercice coordonné.

Le retour sur investissement est mesuré à partir des coûts (ENC) des établissements, sachant que l'impact sur ces coûts se traduit sur les dépenses de l'Assurance maladie les années suivantes.

Tableau 10 : Valorisation du bénéfice économique de l'exercice coordonné pour les établissements

Indications	Nombre de séjours ambulatoires potentiels supplémentaires	Gains financiers potentiels
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	687	98 282
Hernie inguinale (06C12)	525	112 974
Cholecystectomie (07C14)	175	52 921
Total	1 387	264 176
<i>Sources: ATIH- Calculs de Frédéric Bizard</i>		

Tableau 11 : Valorisation du ratio bénéfices/coûts de l'exercice coordonné pour les établissements en Bretagne en 2019

Indications	Coûts	bénéfices	Ratio
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	17 285	98 282	5,7
Hernie inguinale (06C12)	13 136	112 974	8,6
Cholecystectomie (07C14)	4 366	52 921	12,1
Total avec coûts fixes	41 788	264 176	6,3
Total sans coût fixe	34 788	264 176	7,6
Bénéfice net de l'exercice coordonné		222 388	
<i>Sources: ATIH- Calculs de Frédéric Bizard</i>			

Le ratio exprimé dans le tableau 11 correspond à la rentabilité d'un euro investi dans l'exercice coordonné. Chaque euro investi dans l'exercice coordonné rapport 6,3 euros à l'établissement grâce aux économies générés par le surplus de séjours ambulatoires réalisés suite à la mise en place de l'exercice coordonné.

A l'échelle de la Bretagne, les gains économiques se chiffrent à 264 176 euros pour les 3 indications étudiés.

Ce ratio de 6,3 exprime une forte rentabilité économique de l'exercice coordonné qui est tiré par l'effet de levier très fort sur le développement de la chirurgie ambulatoire d'une part et sur le fort impact de cette chirurgie ambulatoire sur la baisse des coûts des établissements d'autre part.

A l'échelle de la France, la même analyse (tableau 12) révèle un ratio bénéfices **sur coûts de 7 pour un gain global sur les 3 indications en 2019 de 8,7 millions d'euros.**

Du fait du même tarif du GHS entre un séjour ambulatoire et celui de niveau 1, ces gains économiques des établissements se réalisent en décalage dans le temps pour

l'Assurance Maladie lorsque les tarifs sont réajustés en fonction des coûts par l'ATIH.

Tableau 12 : Valorisation du ratio bénéfiques/coûts de l'exercice coordonné pour les établissements en France en 2019

Indications	Coûts	bénéfices	Ratio
Amygdalectomies chez l'enfant (03C10)	754 647	4 290 835	5,7
Hernie inguinale (06C12)	381 150	3 277 893	8,6
Cholecystectomie (07C14)	94 592	1 146 451	12,1
Total avec coûts fixes	1 237 389	8 715 179	7,0
Total sans coût fixe	1 230 389	8 715 179	7,1
Bénéfice net de l'exercice coordonné		7 477 790	
Sources: ATIH- Calculs de Frédéric Bizard			

3/ Etude qualitative de l'impact de l'exercice coordonné et analyse de son application à la RAAC

L'étude qualitative a été réalisée à l'aide d'une série d'entretiens de professionnels de santé de ville et de l'hôpital, ainsi que de la direction.

3.1/ Résultats de l'étude qualitative et discussion de l'étude quantitative

A travers cette étude, nous allons analyser les facteurs clés de succès, les freins, les leviers de développement et la suite possible à donner à cet exercice coordonné en chirurgie.

Plusieurs facteurs-clés de succès

La présence d'un leader pour porter le projet est déterminant pour le succès de la mise en place. La réussite de l'intégration de l'équipe de soins hospitalière et de ville exige aussi un haut niveau d'écoute et de respect entre les personnes. Le facteur confiance entre les soignants est en effet essentiel. Sans esprit d'équipe, le protocole est très difficile à respecter.

Vis-à-vis du patient, il y a un besoin de réassurance important qui passe par une large information et un discours sécurisant en amont et en aval. La possibilité de joindre un référent soignant à tout moment grâce à la mise à disposition d'un numéro téléphonique est aussi un facteur clé de succès.

Le dossier patient est indispensable pour la bonne prise en charge médicale et le bon suivi du protocole par le patient. Même si le patient doit être accompagné, il doit savoir quoi faire et quoi prendre quand il est à domicile. Enfin, le retour d'expérience du patient est déterminant pour renforcer sa confiance et pour évaluer la qualité de sa prise en charge.

Les principaux freins

Les zones sous-dotées en professionnels de santé auront plus de difficulté à instaurer un exercice coordonné, du fait d'une surcharge de travail des professionnels de ville incompatible avec la situation.

Il existe une certaine peur des médecins vis-à-vis des complications médicales en post-opératoire. Le risque médico-social alimente aussi les craintes. Plus les gestes intégrés dans le périmètre sont lourds, plus les craintes sont élevées.

Les équipes du bloc opératoire sous-estiment souvent l'intérêt de l'exercice coordonné, minimisant l'impact pour les patients. Il existe aussi un problème de méconnaissance des environnements réciproques des équipes soignantes, en particulier celui de la ville par les équipes du bloc (les médecins de ville ayant été formé à l'hôpital).

L'effet tour d'ivoire de certains services, en particulier dans le secteur public, est un frein à la constitution de liens forts et fluides avec la ville.

Cette minimisation des effets de l'exercice coordonné freine le bon remplissage des dossiers patients, ce qui est un vrai handicap pour le succès du process.

Une majoration des tarifs pour la coordination est indispensable pour inciter à mettre en place l'exercice coordonné en chirurgie

Considérant les freins évoqués supra et la surcharge de travail que génère l'exercice coordonné, il semble peu réaliste de penser que cette pratique va se développer spontanément dans de nombreux établissements. Ce n'est d'ailleurs pas le cas.

Le CH de Sévigné a joué le rôle de pionnier et a su conserver ce système sans incitation grâce à un leadership du concepteur du projet et à une conviction profonde largement partagée de la valeur ajoutée de cette évolution.

Une majoration financière spécifique à la coordination ville-hôpital, conditionnée par le bon respect des tâches prévues dans le protocole est indispensable pour faire changer les habitudes durablement et massivement. De la même façon qu'il existe une majoration de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH et MIC de 23€), il est proposé de créer une majoration de coordination en chirurgie (MCC).

Cette majoration devrait bénéficier aux équipes de ville impliquées et aux équipes du bloc opératoire.

Une simulation de l'impact d'une telle majoration sur la rentabilité de l'investissement de l'exercice coordonné montre que jusqu'à 100 euros, les bénéfices restent sensiblement supérieurs aux coûts, et donc que l'investissement est rentable.

Ainsi, une majoration limitée au médecin généraliste de 23 euros laisse un bénéfice de 3,6 fois les coûts en Bretagne et 3,7 fois en France (tableau 13). Si on monte la majoration globale à répartir entre les soignants à 100 euros par patient, le ratio s'établit à 1,5, soit un bénéfice net de 2,5 millions d'euros sur les trois indications (tableau 14).

Au-delà de l'impact économique positif d'une majoration des rémunérations dédiées à l'exercice coordonné, il faut aussi prendre en compte les externalités économiques et sociales positives. Pour cela, les Pouvoirs Publics doivent changer l'approche traditionnelle comptable centrée sur les coûts pour évaluer un projet et évoluer vers une approche économique centrée sur le rapport coûts/bénéfices.

Tableau 13 : Simulation de l'impact d'une majoration des rémunérations aux équipes soignantes en Bretagne

Indications	Prime globale de 23 euros			Prime globale de 50 euros			Prime globale de 100 euros		
	Coûts	bénéfices	Ratio	Coûts	bénéfices	Ratio	Coûts	bénéfices	Ratio
Amygdalectomies chez l'enfant (O3C10)	33 093	98 282	3,0	51 649	98 282	1,9	86 014	98 282	1,1
Hernie inguinale (O6C12)	25 222	112 974	4,5	39 409	112 974	2,9	65 682	112 974	1,7
Cholecystectomie (O7C14)	8 384	52 921	6,3	13 099	52 921	4,0	21 832	52 921	2,4
Total avec coûts fixes	73 698	264 176	3,6	111 158	264 176	2,4	180 528	264 176	1,5
Total sans coût fixe	66 698	264 176	4,0	104 158	264 176	2,5	173 528	264 176	1,5
Bénéfice net de l'exercice coordonné		190 478			153 018			83 648	

Sources: ATIH- Calculs de Frédéric Bizard

Tableau 14 : Simulation de l'impact d'une majoration des rémunérations aux équipes soignantes en France

Indications	Prime globale de 23 euros			Prime globale de 50 euros			Prime globale de 100 euros		
	Coûts	bénéfices	Ratio	Coûts	bénéfices	Ratio	Coûts	bénéfices	Ratio
Amygdalectomies chez l'enfant (O3C10)	1 444 781	4 290 835	3,0	2 254 939	4 290 835	1,9	3 755 231	4 290 835	1,1
Hernie inguinale (O6C12)	731 809	3 277 893	4,5	1 143 451	3 277 893	2,9	1 905 752	3 277 893	1,7
Cholecystectomie (O7C14)	181 616	1 146 451	6,3	283 775	1 146 451	4,0	472 958	1 146 451	2,4
Total avec coûts fixes	2 365 206	8 715 179	3,7	3 689 165	8 715 179	2,4	6 140 941	8 715 179	1,4
Total sans coût fixe	2 358 206	8 715 179	3,7	3 682 165	8 715 179	2,4	6 133 941	8 715 179	1,4
Bénéfice net de l'exercice coordonné		6 349 973			5 026 014			2 574 238	

Sources: ATIH- Calculs de Frédéric Bizard

Quel avenir pour l'exercice coordonné ?

La modernisation des outils de coordination reste une étape à franchir pour faciliter et optimiser la gestion du protocole. Le dossier patient reste encore un dossier papier. L'usage du digital devrait être généralisé.

En dépit des excellents résultats du CH de Sévigné avec l'exercice coordonné appliqué à la chirurgie ambulatoire, la situation réelle en Bretagne et en France fait état d'un faible développement de cet exercice coordonné. L'étude d'impact menée à l'échelle de trois indications démontre la grande perte d'efficacité que cela génère.

Le faible développement de l'exercice coordonné est une situation perdant-perdant pour toutes les parties prenantes.

Outre les aspect économiques, l'exercice coordonné permet une accélération du développement de la chirurgie ambulatoire, dont de nombreuses études ont montré les bienfaits pour le bien-être et la qualité de vie des patients.

Face à une telle situation, il apparaît clair que les équipes médicales ont besoin d'une incitation financière pour sauter le pas dans une proportion importante. En effet, dans un contexte de tension des charges de travail des médicaux et paramédicaux à l'hôpital comme en ville, toute charge de travail supplémentaire doit générer un retour financier proportionnel à cette charge supplémentaire. D'autre part, les bénéfices économiques générées étant directement le fruit de leur innovation organisationnelle, il est logique qu'une partie soit redistribuée vers les soignants.

L'attitude des Pouvoirs Publics qui privilégie les programmes type PRADO, comprenant des procédures administratives lourdes, est révélateur d'une volonté de contrôle et d'un manque d'appui réel et durable des initiatives issues des professionnels de santé du terrain. A minima, les autorités devraient soutenir activement l'exercice coordonné type Sévigné et menée une étude d'impact comparative avec le PRADO.

Les établissements privés devraient être naturellement sensibilisées à un raisonnement coût/bénéfices, incitant à dépasser l'approche comptable de court terme pour adopter une approche économique de moyen terme prenant en compte la rentabilité de l'investissement. Ceci devrait être l'approche générale en santé pour tous les secteurs publics et privés, pour les opérateurs de soins comme pour les financeurs. De ce point de vue, une évolution culturelle est nécessaire.

L'exercice coordonné en chirurgie devrait s'étendre sur la prise en charge des gestes plus lourds et s'appliquer dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Nous allons voir que les conditions d'application et le protocole doivent être reconsidérées dans ces indications RAAC.

3.2/ Une application de l'exercice coordonné à la RAAC – Cas de Lorient

L'application de l'exercice coordonné à la RAAC a été conceptualisée par des professionnels de santé de la clinique mutualiste de Lorient, inspirés par l'expérience du CH de Sévigné. La mise en place en pratique du protocole n'est pas encore réalisée.

Nature du projet

Le projet de Lorient comprend trois phases.

En phase 1, il vise à développer la RAAC entre le service de chirurgie orthopédique de la clinique mutualiste de la Porte de Lorient et les professionnels de santé de la ville. Les prises en charge ciblées sont la PTH et la PTG.

En phase 2, le projet pourra être ouvert à d'autres établissements du territoire.

En phase 3, il pourra être ouvert à d'autres chirurgies (fracture du col, chirurgie du col...).

Un processus de coordination upgradé

Le projet de Lorient comprend 3 objectifs :

- Organiser le parcours RRAC et construire les outils de la coordination ;
- Promouvoir une démarche qualité et d'amélioration des pratiques et de formation ;
- Rendre visible l'organisation territoriale et mobiliser les professionnels de santé autour d'un projet médical partagé.

Les outils de la coordination sont les suivants :

- **en amont de la chirurgie** : éligibilité du patient, anticipation de la sortie, en fonction des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient ;
- **en période per opératoire** : mise en place de protocoles chirurgicaux, anesthésiques et adaptés à la RRAC. (à faire valider par FXG) ;
- **en période post-opératoire** : prise en charge optimale du retour à domicile de proximité de soins.

Une organisation et un cahier des charges propres à la RAAC

7 grands thèmes vont structurer les différentes phases

1- La sélection des patients en fonction de leurs pathologies et de leurs modes de vie

(éligibilité)

- 2- L'éducation des patients à leur parcours de soins ;
- 3- L'analgésie multimodale avec épargne morphinique ;
- 4- Démédicalisation précoce du soin (retrait ou absence de perfusion, drains, sonde urinaire) ;
- 5- La mobilisation et la nutrition précoces ;
- 6- L'organisation du suivi à domicile ;
- 7- Le suivi de l'application du protocole, des complications et réadmissions.

Les étapes du parcours RAAC et le contenu du dossier patients sont définis en annexe 2.

Un projet pionnier en attente de support

Le protocole RAAC conçu pour la clinique mutualiste de Lorient démontre l'ampleur de la tâche pour réussir la mise en place de la RAAC et de son exercice coordonné. Plusieurs conditions sont nécessaires :

- Un investissement financier pour mettre en place et maintenir le protocole : même si la rentabilité de cet investissement est probablement, comme pour la chirurgie ambulatoire, très élevée, les établissements peuvent considérer ce coût comme évitable ;
- Un soutien sans faille de la direction pour en faire un projet institutionnel ;
- Un engagement de tous les soignants pour que tout le protocole RAAC soit appliqué et pas une portion comme c'est parfois le cas ;
- Une coordination réussie avec la ville dont les facteurs clés de succès ont été vus précédemment.

La RAAC a des effets reconnus et puissants sur le plan de la qualité de vie des patients, de l'amélioration organisationnelle des établissements, des gains de productivité dans les hôpitaux. La force de son impact est à la hauteur des effets de la transformation qu'elle exige.

L'exercice coordonné est-il indispensable pour faire de la RAAC une norme en France ?

Malgré la mobilisation de nombreux professionnels de santé sur la RAAC, le processus n'est pas engagé dans tous les établissements. Le taux de RAAC en France n'est pas répertorié officiellement, il est probablement très hétérogène entre les secteurs publics et privés comme pour la chirurgie ambulatoire.

La RAAC est un choc organisationnel majeur, qui implique un véritable travail d'équipe, le changement d'habitudes pour les soignants, un engagement de la direction...et une coordination structurée avec la ville. On retrouve avec la RAAC les facteurs clés de succès de l'exercice coordonné et ce dernier est lui-même un élément stratégique de la RAAC.

Face au tassement de la croissance de la chirurgie ambulatoire constaté ces 3 dernières années (+0,9% en 2019 à 58,5% contre un objectif de +2,9%) qui rend l'objectif de 70% en 2022 illusoire, face au potentiel de gain d'efficacité significatif pour le système de santé de ces nouvelles formes d'organisation, il serait difficilement compréhensible que des projets innovants destinés à accélérer ce virage ambulatoire ne trouvent pas un fort soutien de la part des Pouvoirs Publics.

Sans ce soutien, le secteur public ne pourra pas le mettre en place et accélérera son déclin. Du fait d'un retour sur investissement élevé, le secteur privé a tout intérêt à s'y engager massivement.

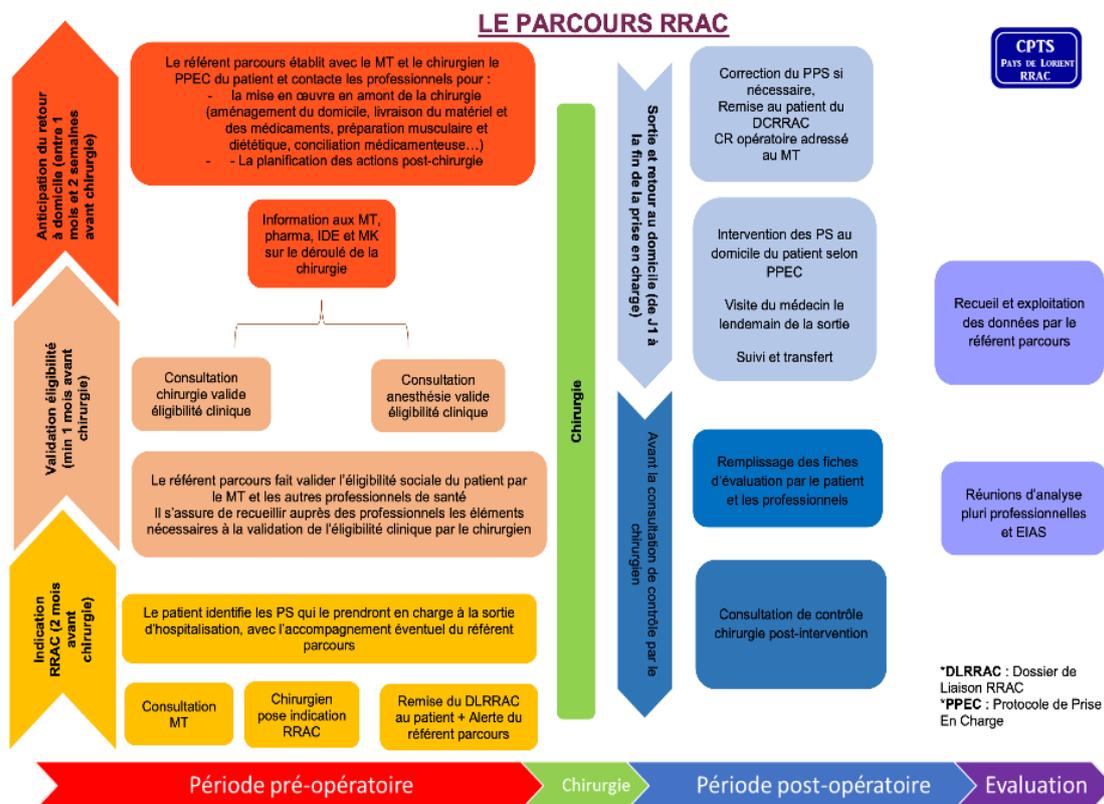
Bibliographie

1. ATIH. Scansanté. Fiche thématique n°4. Développement des activités : Chirurgie ambulatoire
2. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018
3. Etude de l'impact médical et économique du développement de la chirurgie ambulatoire- URPS médecins libéraux-Janvier 2010
4. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Paris: CNAMTS; 2003.
5. "Amélioration de la qualité et de la gestion des risques en ambulatoire", Thèse de Hubert Le Hétet, Master en management médical, 2006
6. Rapport IGAS- « Évaluation de la coordination d'appui aux soins », décembre 2014, N° 2014-010 R
7. Benhami A, Chuffart E, Christou N, Liva-Yonnet S, Mathonnet M. Ambulatory surgery under local anesthesia for parathyroid adenoma: Feasibility and outcome. *J Visc Surg.* 2017 Dec 21. pii: S1878-7886(17)30172-8
8. Mortuaire G, Theis D, Fackeur R, Chevalier D, Gengler I. Cost-effectiveness assessment in outpatient sinonasal surgery. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018 Feb;135(1):11-15. doi: 10.1016/j.anorl.2017.08.004. Epub 2017 Sep 18.
9. Lacroix A, Revest M, Patrat-Delon S, Lemaître F, Donal E, Lorléac'h A, Arvieux C, Michelet C, Tattevin P. Outpatient parenteral antimicrobial therapy for infective endocarditis: a cost-effective strategy. *Med Mal Infect.* 2014 Jul;44(7):327-30.
10. Gronnier C, Desbeaux A, Piessen G, Boutillier J, Ruolt N, Triboulet JP, Mariette C. Day-case versus inpatient laparoscopic fundoplication: outcomes, quality of life and cost-analysis. *Surg Endosc.* 2014 Jul;28(7):2159-66.
11. Etude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire- URPS médecins libéraux-Janvier 2019- Académie de chirurgie- e-mémoires.
12. Note de cadrage du projet- RAAC. Organisation du parcours patient sur le territoire de Lorient/Quimperlé – Rédigé le 31 mars 2017 par Dr Audo, Olivia Briantais, Dr Le Hétet, Dr Gunepin.

Annexe 1 : Identification des risques dans la prise en charge du patient en ambulatoire (5)

Etapes du processus	Risques potentiels ou avérés
La consultation médecin traitant	Méconnaissance par le médecin traitant de la possibilité de traiter en ambulatoire le patient en fonction de l'indication chirurgicale et du profil du patient.
La consultation chirurgicale	Risque de programmation d'intervention pour la chirurgie non réalisable d'un point de vue anesthésique en raison du profil du patient
La consultation de pré anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> - critères d'anesthésie en ambulatoire non présents - non respect des consignes de jeun et d'observance des traitements - examens préopératoires non réalisés avant l'entrée
La pré admission	Risque d'absence de précision de l'heure d'arrivée
L'admission du patient en ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> - IDE : Absence de préparation pré opératoire, de vérification du jeun, de la réalisation et des résultats des examens complémentaires, de la présence des critères de sortie du patient - ARE : Absence de transmission à l'ARE au bloc si prise en charge particulière
La prise en charge au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Non respect de la charte de fonctionnement avec entrée au bloc trop tardive - Erreur d'identification de patient
Le retour dans le service ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> - IDE : Défaut de surveillance avec méconnaissance d'une complication chirurgicale (défaut de formation personnel), absence de continuité des traitements, défaut d'évaluation des conditions de retour à domicile, défaut d'information du patient sur les traitements post opératoire et complications éventuelles et conduites à tenir, sortie de patient sans respect de l'heure donnée par l'ARE, sans visite du chirurgien. - CHIR : Défaut de continuité des soins avec absence des ordonnances de sortie et éventuels soins infirmiers, absence de visite avec autorisation de départ donnée - ARE : Absence d'heure de sortie - Risque d'hospitalisation secondaire obligatoire sans place d'hospitalisation classique disponible
La sortie à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de méconnaître une complication post opératoire, de ne pas pouvoir joindre un référent hospitalier - manque d'information la gestion péri opératoire des traitements - Risque d'absence de délivrance : en cas de sortie trop tardive, pharmacie fermée <ul style="list-style-type: none"> - Risque de rupture de la continuité des soins IDE - Risque de ne pas accéder au dossier si ré hospitalisation aux urgences

Annexe 2 : Le parcours RAAC et le contenu du dossier de liaison (Lorient) (12)



Contenu du dossier de liaison :

		Documents professionnels de santé	Documents patients
période pré-opératoire	Eléments médicaux	Fiche éligibilité partie PS (évaluation cognitive, observance des traitements, risques infectieux, antécédents et co-morbidités...)	fiche éligibilité partie patient (habitat, entourage, situation sociale...)
		conciliation médicamenteuse	consentement du patient à une prise en charge RRAC
		CR consultation chirurgien CR consultation cardiologue CR autres examens éventuels (MK, diététicien, dentiste...)	
	Anticipation de la sortie	CR consultation anesthésiste	
		coordonnés des PS qui vont prendre en charge le patient à la sortie	
		ordonnances matériel / médicaments aménagement du domicile ordonnance MK avant chirurgie consultation diététicienne	
Eléments d'information / formation	fiche d'information / protocoles sur les techniques de prise en charge, les complications éventuelles et les conduites à tenir	fiche d'information sur les techniques de prise en charge, les complications éventuelles et les conduites à tenir	
période post-opératoire	Eléments médicaux	compte rendu d'opération bilan sanguin	
		ordonnance médicaments, dispositifs, soins ordonnance soins MK ordonnance soins IDE	
		adaptation des traitements médicaments	
	surveillance	check list MG	fiche évaluation de la douleur
		check list IDE	fiche évaluation nausée/vomissement
		check list Kiné fiche évaluation de la douleur fiche évaluation nausée/vomissement	
gestion des complications	identification et coordonnées des référents (médecin traitants ou médecins hospitaliers) en cas de besoin	identification et coordonnées des référents (médecin traitants ou médecins hospitaliers) en cas de besoin	
Evaluation	questionnaire satisfaction du dispositif	questionnaire satisfaction du dispositif	

Frédéric BIZARD

- Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.
- Il est Professeur d'économie à l'ESCP Europe et enseigne aussi dans d'autres universités en France et à l'étranger.
- Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international. Il est régulièrement sollicité par les médias.
- Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment des pays émergents.
- Il est expert auprès du Sénat français depuis 2015 pour les questions de protection sociale et de santé.
- Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre système de santé.
- Il a reçu le Grand Prix du meilleur livre de l'économie de l'année 2020

Livres récents

« **Et alors, la réforme globale de la santé, c'est pour quand !** »
Plaidoyer pour une refondation de notre système de santé,
Editions Michalon, Novembre 2019

« **Protection sociale : Pour un nouveau modèle** », Dunod, 2017

Sites

www.fredericbizard.com
www.institut-sante.org