

Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire pour l'orthopédie traumatologie en 2012

C Hulet, V Pineau, G Burdin, S Delforge, I Klebaner, G Rochcongar

Département d'orthopédie du CHU de Caen, U1075 Comete UCBN/INSERM, UFR de Médecine, Caen.

Résumé

La chirurgie ambulatoire se développe ; c'est devenu un mode de prise en charge incontournable en France en 2012. Un des buts affichés par la DGOS est d'atteindre un objectif de 50 % de chirurgie ambulatoire pour 2016 pour l'ensemble des spécialités chirurgicales. Cet objectif est-il réalisable pour notre spécialité ?

Le déploiement de la chirurgie ambulatoire pour initier ce nouveau paradigme repose sur un triptyque avec trois actions bien différentes : développer la chirurgie ambulatoire en termes d'actes réalisés, organiser la chirurgie ambulatoire pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, inciter financièrement ce développement.

Initialement, la chirurgie ambulatoire a commencé avec dix-sept gestes marqueurs, dont seulement quatre actes pour la chirurgie orthopédique soit 370 106 séjours en 2009. Il nous reste un potentiel de progression non négligeable, potentiel en fonction des différentes interventions avec la Mise sous accord préalable (MSAP). À partir des actes codés par les chirurgiens, une réflexion a été menée avec la Cnamts qui nous a proposé une liste de nouveaux actes qui pourraient être assujettis à la même mesure. La Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) en collaboration avec toutes les sociétés partenaires et filles a accepté une liste plus réduite de treize actes chirurgicaux qui représentent un volume de séjours relativement modeste.

Plus récemment, la DGOS a entamé une réflexion plus importante avec la Sofcot et tous ses partenaires pour proposer et valider une liste d'actes et d'au moins quarante GHM (groupe homogène de malades) pouvant évoluer vers une prise en charge en ambulatoire. Toute notion de seuil quantitatif quel qu'il soit ne devait pas être acceptée ni retenue. La notion de liste ne nous semble pas souhaitable non plus, c'est pourquoi nous avons préféré classer les actes et les GHM en plusieurs sous catégories. La disparition de la borne basse pour beaucoup d'interventions est une mesure indispensable pour permettre de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) ou d'inciter ceux qui ont une organisation adaptée à devenir innovants. L'ensemble des membres des sociétés savantes préconisait une réévaluation dans un délai de deux à trois ans pour adapter la liste et analyser l'évolution de nos pratiques. Le programme d'incitation financière associé à des mesures organisationnelles va modifier le paysage actuel de l'ambulatoire. Ces mesures concernent désormais les GHM et non plus les actes. Initialement en 2004, seulement quatre actes étaient ciblés. Un potentiel théorique de séjours très importants est ciblé.

Bien sûr, tous ces actes ne seront pas éligibles mais c'est une dynamique importante qui est mise en place pour définir un nouveau modèle économique qui ne prendra plus comme référence l'hospitalisation complète mais la chirurgie ambulatoire. De même, qui dit nouveau modèle économique dit nouvelle tarification.

La chirurgie ambulatoire se développe ; c'est devenu un mode de prise en charge incontournable en France en 2012. C'est une source de progrès pour tous, qui met au centre du dispositif de santé le patient ; il n'est plus nécessaire d'être hébergé pour être bien soigné. Le pourcentage de chirurgie ambulatoire sur le territoire national était pour la DGOS de 36,2 % en 2009 avec une progression de 1,5 % pour atteindre 37,7 % en 2010. La croissance a été de + 3 % pour l'orthopédie.

Par ailleurs, les différents organismes institutionnels ont montré qu'il existait une disparité importante entre les différentes régions de France, de même qu'au sein de chaque région entre les établissements publics et privés. Un des buts affichés par la DGOS est d'atteindre un objectif de 50 % de chirurgie ambulatoire pour 2016 pour l'ensemble des spécialités chirurgicales. Cet objectif est-il réalisable pour notre spécialité ?

Correspondance :

*Christophe Hulet, Service d'orthopédie et traumatologie
CHU de Caen, Avenue Côte de Nacre, 14032 Caen Cedex
E-mail : hulet-c@chu-caen.fr*

Le déploiement de la chirurgie ambulatoire pour initier ce nouveau paradigme repose sur un triptyque avec trois actions bien différentes :

- développer la chirurgie ambulatoire en termes d'actes réalisés ;
- organiser la chirurgie ambulatoire pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients ;
- inciter financièrement ce développement.

Actuellement, nous travaillons sur le développement des actes et l'incitation financière pour le praticien et l'établissement de soins. L'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins est une notion commune à toutes les activités de chirurgie ambulatoire qui est davantage du ressort des autorités de tutelle (HAS, ANAP, DGOS).

Développement des actes réalisés en chirurgie ambulatoire

Trois réflexions ont été menées pour encourager les chirurgiens orthopédistes et traumatologues à élargir les possibilités de prise en charge chirurgicale en ambulatoire.

Initialement, la chirurgie ambulatoire a commencé avec 17 gestes marqueurs dont seulement quatre actes concernaient la chirurgie orthopédique. Il s'agissait :

- de l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie (140 228 séjours) 77 % ;
- la chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (169 519 séjours) 87 % ;
- la chirurgie de la maladie de Dupuytren (19 159 séjours) 69 % ;
- l'exérèse des kystes synoviaux (21 341 séjours) 92 %.

Le nombre de séjour pour ces interventions était de 370 106 séjours en 2009.

L'objectif affiché par la tutelle est d'obtenir, à l'aube des cinq prochaines années, un objectif de 95 % pour ces gestes marqueurs. Il nous reste un potentiel de progression non négligeable, potentiel en fonction des différentes interventions. Plusieurs moyens ou mesures ont été mis en place pour développer cette action.

Mise sous accord préalable

En 2006, la Cnam a mis en place la Mise sous accord préalable (MSAP) qui est une procédure contraignante, prévue par un article du Code de sécurité sociale. Elle consiste à repérer les établissements de santé qui réalisent beaucoup de séjours en hospitalisation complète pour des actes qui relèvent de la chirurgie ambulatoire pour un patient « standard ».

Ensuite, l'Agence régionale de santé (ARS), après présentation d'observations par l'établissement sur les éléments du ciblage, détermine les actes et les établissements qui seront soumis à cette mesure. Pendant le temps de Mise sous accord préalable, toutes les demandes de séjour avec hospitalisation complète pour un acte choisi sont soumises à l'avis préalable des médecins conseils de l'Assurance-maladie. Les critères de jugement reposent sur ceux émis par les Sociétés savantes, Société française d'anesthésie réanimation (SFAR)/Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA). Si tous les critères classiques ne sont pas réunis, il y a échange entre le chirurgien et le médecin conseil de l'Assurance-maladie. La réponse est assurée sous 48 heures.

Ainsi, la part d'ambulatoire a progressé. Pour 17 gestes, elle était de 59 %, et pour les cibles marquées grâce à la MSAP cette proportion est passée à 74 %, soit un gain moyen en trois ans de 15 points. Cette mesure a un impact immédiat important mais il semblerait qu'après trois à six mois l'effet s'essouffle dans le temps.

Réflexion avec la Cnamts sur d'autres actes soumis à la MSAP

À partir des actes codés par les chirurgiens, une réflexion a été menée avec la Cnamts qui nous a proposé une liste de nouveaux actes qui pourraient être assujettis à la même mesure. La Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT), en collaboration avec toutes les sociétés partenaires et filles (AFCP, CAOS, GETRAUM, GSF-GETO, SFCR, SFHG, SOFEC, SOFROP)* (SFA, SFCM, SOO, SOTEST, Grand Sud, SNCO)*, a accepté une liste plus réduite d'actes chirurgicaux qui représente un volume de séjours relativement modeste.

Les propositions de mise sous MSAP concernent dix actes pour la chirurgie de la main, trois actes pour la chirurgie du genou, sept actes pour la chirurgie du pied et un acte pour la chirurgie

du coude. Il s'agit d'actes simples comme une ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied, à foyer ouvert, exérèse d'un hygroma du coude ou bien encore d'une exérèse de lésion faciale et/ou sous faciale des tissus mous de la paume de la main. La Cnamts a reçu notre proposition, et la réflexion perdure.

Réflexion avec la DGOS autour des GHM

Plus récemment, la DGOS a entamé une réflexion plus importante avec la SOFCOT et tous ses partenaires (AFCP, CAOS, GETRAUM, GSF-GETO, SFCR, SFHG, SOFEC, SOFROP)* (SFA, SFCM, SOO, SOTEST, Grand Sud, SNCO)* pour proposer et valider une liste d'actes et des GHM pouvant évoluer vers une prise en charge en ambulatoire. Une liste exhaustive de 40 GHM qui représente l'ensemble des actes a été analysée et discutée au cas par cas.

Il est ressorti de cette réflexion et de cette analyse les points suivants :

- premier élément important dans ce travail : toute notion de seuil quantitatif, quel qu'il soit, ne devait pas être acceptée ni retenue ;
- la notion de liste ne nous semble pas souhaitable non plus, c'est pourquoi nous avons préféré classer les actes et les GHM en plusieurs sous-catégories :
 - catégorie A : les actes potentiellement facilement réalisables dans la plupart des cas en chirurgie ambulatoire,
 - catégorie B : les actes éventuellement réalisables en chirurgie ambulatoire,
 - catégorie D : les actes non réalisables en chirurgie ambulatoire,
 - catégorie C : dans le cadre de la chirurgie innovante, les actes en devenir, sous réserve des particularités et spécificités de chaque établissement de soins,
 - catégorie E : les actes d'urgence pouvant être réalisés en ambulatoire ou en urgence différée.
- Dans tous les cas, tout cela sous réserve d'éligibilité des patients ;
 - la disparition de la borne basse pour de nombreuses interventions est une mesure indispensable pour permettre de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) ou d'inciter ceux qui ont une organisation adaptée à devenir innovant ;
 - l'ensemble des membres des sociétés savantes préconisait une réévaluation dans un délai de deux à trois ans pour adapter la liste et analyser l'évolution de nos pratiques ;
 - nous souhaitons que tous ces efforts soient associés obligatoirement à une analyse des moyens humains et techniques et, qu'en termes d'organisation, la qualité, l'efficacité et l'efficience de ces soins soient prises en compte.

Par exemple, il a été demandé de lever la borne basse pour la chirurgie de reconstruction du LCA, car sinon les conséquences économiques pour les établissements de soins sont déraisonnables (tableau 1).

Le tableau 2 présente le classement des actes de la chirurgie de l'épaule en fonction des catégories A à E.

Organisation des unités de chirurgie ambulatoire (UCA)

Pour permettre ce développement de la chirurgie ambulatoire, les deux autres volets du dossier que sont l'organisation des UCA et l'incitation financière doivent être au rendez-vous. Lors de réunions de concertation organisées par la DGOS où sont présents les ARS, les patients, les fédérations hospitalières, la Cnam, l'Anap et aussi quelques représentants des différentes spécialités, des propositions ont été faites.

Pour l'organisation des UCA, le Code de santé publique pourrait être modifié pour au moins cinq points :

DMS (2-10)	Tarif Privé	Tarif Public
2 nuits	1 639 €	3 235 €
1 nuit	1 192 € (446)	2 436 € (772)
Ambulatoire	746 € (893)	1 691 € (1544)
Perte financière		
250 cas	223 250 €	386 000 €
500 cas	446 500 €	764 000 €

Tableau I. Différence de tarification pour un acte comme la reconstruction du LCA. Conséquences économiques pour les établissements de soins. Acte NFM003 : Reconstruction du LCA, plus de 40 000 actes par an.

Actes chirurgie de l'épaule	Catégorie de l'acte
Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	catégorie A par la SFCM
Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie	catégorie A
Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral	catégorie A
Incisions axiales (Peignage) du ligament patellaire (tendon rotulien), sans plastie	catégorie B
Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	catégorie C (innovation)
Exploration de l'articulation coxofémorale, par arthroscopie	catégorie C (innovation)
Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main, par abord direct urgence différée	catégorie E
Prothèses totales de hanche et de genou	catégorie D non réalisable

Tableau II. Classification des actes de la chirurgie de l'épaule selon les catégories A à E

- possibilité d'étendre leur durée d'ouverture, la durée de séjour des patients demeurant limitée à 12 heures maximum ;
- possibilité de mutualiser les personnels des unités de soins à temps complet avec celui des unités de soins à temps partiel ;
- suppression de la norme générale d'un infirmier pour cinq patients présents dans la structure et maintien du principe d'une présence permanente minimale médicale et infirmière dans la structure ;
- précision de l'identification des coordonnées des correspondants assurant la continuité des soins transmises au patient dans son bulletin de sortie de la structure ;
- précision des indicateurs de qualité, notamment sur le suivi de la douleur.

Ces mesures ont pour but d'uniformiser la structure des UCA quelle que soit la discipline : médecine, chirurgie ou SSR ou encore psychiatrie.

Incitations financières

Pour l'incitation financière, les mesures 2012 « proposées » par la DGOS sont :

- l'extension à d'autres GHM (en plus des 18-19 GHM) en J pouvant passer en tarif unique entre ambulatoire (J) et le niveau 1 d'hospitalisation complète (HC) avec trois GHM. C'est le cas du GHM 08C40 : arthroscopies d'autres localisations. Ce GHM regroupe des articulations différentes et des interventions variées : MGQC0010 exploration de l'articulation du poignet par arthroscopie, NGQC0010 exploration de l'articulation de la cheville par arthroscopie, MFJC0010 nettoyage de l'articulation du coude par arthroscopie, NGJC0010 nettoyage de l'articulation tibiotaliennne par arthroscopie, MEMC0030 Acromioplastie sans prothèse par arthroscopie, plus de 6000 interventions par an ;
- l'analyse de nouveaux rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'HC pour les GHM en J ne passant pas en tarif unique pour sept GHM nouveaux ;
- la suppression de la borne basse pour certains GHM ;
- la poursuite d'une politique de revalorisation (NB : en fait mixage) avec une réflexion plus globale pour une meilleure adaptation de la classification à la problématique ambulatoire afin d'analyser l'hétérogénéité des GHM et de prendre en compte la lourdeur des séjours ambulatoires.

L'ensemble de ces mesures concerne désormais les GHM et non plus les actes. Initialement en 2004, seulement quatre actes étaient ciblés. Avec ces nouvelles mesures, le nombre théorique de GHM intéressés est de 14 GHM soit 502 nouveaux actes au maximum et un potentiel théorique de plus de 250 000 séjours. Il faut donc connaître maintenant le contenu de chaque GHM afin de pouvoir comprendre les propositions. Bien sûr, tous ses actes ne seront pas éligibles mais c'est une dynamique importante qui est mise en place pour définir un

nouveau modèle économique qui ne prendra plus comme référence l'hospitalisation complète mais la chirurgie ambulatoire. De même, qui dit nouveau modèle économique dit nouvelle tarification afin de pouvoir rester dans l'enveloppe fermée du budget de la santé dans notre pays.

Nous restons dans l'attente de nouvelles informations, car il ressort de l'ensemble de ces réunions que les possibilités de négociations pour les chirurgiens sont assez faibles. Le développement de la chirurgie ambulatoire est en route, et nous continuerons à vous informer des nouvelles mesures « préconisées ».

Conclusion

La chirurgie ambulatoire se développe en chirurgie orthopédique avec trois grandes étapes et processus qui sont en cours pour cette évolution.

- l'annonce avec ce nouveau concept : le paradigme ;
- l'application avec le développement des UCA, la MSAP et les incitations tarifaires ;
- l'accompagnement de cette mesure avec de nouvelles incitations tarifaires, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et une organisation de qualité avec des critères d'évaluation des infirmières et des professionnels reconnus. Le chirurgien sera demain un expert de la cotation mais devra aussi maîtriser parfaitement le contenu des différents GHM, ce qui nous éloigne de notre mission initiale.

Il faudra rester vigilant sur cette mise en place d'UCA généralisées qui pourrait ne pas tenir compte suffisamment de la spécificité de la chirurgie avec une obligation de moyens et aussi un risque médico-légal plus important que dans beaucoup d'autres domaines de la médecine.

Que disent nos compagnies d'assurance sur la gestion du risque dans les UCA avec tous les aspects médico-légaux. Reste encore un élément non évalué : la pertinence des actes.

*AFCP : Association française de chirurgie du pied
CAOS : Chirurgie orthopédique assistée par ordinateur
GETRAUM : Groupe d'étude en traumatologie ostéoarticulaire
GSF-GETO : Groupe d'étude des tumeurs osseuses
SFCR : Société française de chirurgie rachidienne
SFHG : Société française de la hanche et du genou
SOFEC : Société française de l'épaule et du coude
SOFOP : Société française d'orthopédie pédiatrique
SFA : Société française d'arthroscopie
SFCM : Société française de chirurgie de la main
SOO : Société d'Orthopédie de l'Ouest
SOTEST : Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Est Grand Sud
SNCO : Syndicat national des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

Discussion en séance

Commentaire de G Bontemps

Je reviendrais aux fondamentaux : l'acte chirurgical est le même (pas plus court - pas plus long), par contre l'organisation est différente.

Commentaire de F Richard

Pour répondre à la question de notre président sur l'intéressement matériel des chirurgiens, il faut rappeler que la valorisation des actes opératoires a été très peu améliorée en 25 ans alors que l'augmentation du smic horaire a été de 360 %.

Commentaires de C Vons

- Si une prise en charge en ambulatoire d'un geste peut diminuer les recettes, elle diminue aussi les coûts.
- La DGOS a supprimé la bonne base des gestes dont la DMS était inférieure à quatre jours.

Commentaires de P Saffar

Nous faisons de l'ambulatoire depuis 1985. Dix chirurgiens et 3 000 cas ambulatoires par an. Les interventions en ambulatoire sont de plus en plus complexes et la chirurgie se simplifie (plus de drainage, etc.).

Référence

1. Arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. JO 29 février 2012.