

RAAC et ambulatoire : un parcours optimisé

Laurent DELAUNAY

Résumé

Jusqu'à un passé récent la prise en charge d'un patient devant bénéficier d'une chirurgie était très standardisée. Après avoir accepté le principe de l'intervention, seul moment où on lui demandait son avis, il intégrait un parcours très systématique. Il arrivait la veille de l'opération, était opéré et sortait dans un délai prédéfini. Si tout allait bien, c'était par exemple 7 jours pour une prothèse de hanche, 10 jours pour une chirurgie de l'intestin et 20 jours pour une transplantation hépatique. Les réflexions médicales portaient principalement sur les techniques chirurgicales ou anesthésiques sans forcément se poser la question sur tout ce qu'il pouvait y avoir autour. Les différents intervenants (médecins, chirurgiens, laboratoire, service de radiologie, administration...) avaient leur propre réflexion sur leurs pratiques, qu'elles soient médicales ou organisationnelles, mais sans la replacer dans une approche globale. Ils créaient indépendamment leurs propres parcours auquel devait adhérer le patient, générant ainsi des parcours complexes, chronophages peu efficaces avec des contraintes sans valeur ajoutée. Bref, il s'agissait d'un fonctionnement reposant sur une équipe d'experts mais sans mise en cohérence des compétences et des moyens.

Deux modèles qui se sont développés en parallèle sont en train « doucement » de changer ces habitudes.

L'histoire de la chirurgie ambulatoire commence dans les années 60. Ce sont les Etats-Unis qui en ont été les précurseurs avec des programmes officiels dès le début de cette décennie et des incitations financières dès les années 80 (1). Ils ont rapidement été rejoints par la Grande Bretagne et enfin le Canada. Les raisons de ce développement étaient doubles, d'abord répondre à un manque de lits d'hospitalisation mais surtout une volonté de réduire les coûts hospitaliers. Ce n'est qu'ensuite que l'on a pu montrer que cette approche pouvait se faire sans majoration du risque sous réserve de respecter un certain nombre de conditions.

En Europe, en dehors de la Grande Bretagne, le développement a été beaucoup plus lent. En France, rien n'a été fait pendant longtemps pour la favoriser. Pourtant, la chirurgie ambulatoire a commencé à se développer dans de nombreux établissements privés dès le milieu des années 80 et les premières recommandations éditées par la SFAR sont proposées en 1990. La réactivité des tutelles a été lente. Jusqu'en 1991, les actes réalisés en ambulatoire restaient des actes externes sans possibilité de facturer un hébergement (2). Jusqu'au début des années 2000, les établissements devaient « échanger » 1,5 ou 2 lits d'hospitalisation conventionnelle pour créer un lit d'ambulatoire. Il faut attendre 2014 pour voir apparaître les premières vraies « incitations financières », et encore uniquement pour les établissements, sous la forme d'une suppression partielle des bornes basses. C'est maintenant considéré comme la norme de l'hospitalisation en France, mais que de temps perdu !

L'histoire de la RAC est quant à elle très différente, elle commence dans le nord de l'Europe au Danemark, dans le milieu des années 90. Une équipe publie dans le Lancet une première série de 9 patients opérés d'une colectomie sous coelioscopie qui sont sortis pour 8 d'entre eux entre le 2 et le 3ème jour postopératoire grâce à une prise en charge associant analgésie péridurale thoracique, mobilisation et réalimentation précoce (3). Le concept de réhabilitation précoce était né, mais il a fallu encore 15 à 20 ans pour le voir se généraliser et s'étendre vers d'autres types de chirurgies. Il faut noter que c'est réellement la volonté d'améliorer la qualité des soins qui est à l'origine du concept. Contrairement à la chirurgie ambulatoire, il n'y a pas de limite ni de contre-indication à la mise en place de ces procédures.

Ces 2 approches ont évolué en parallèle pendant longtemps. L'ambulatoire revendiquant une approche organisationnelle centrée sur le patient avec pour objectif d'optimiser son séjour dans la structure pour qu'il reste le temps strictement utile et nécessaire à sa prise en charge (4). La RAC, quant à elle, défend une approche d'optimisation des pratiques médicales pour permettre au patient de récupérer plus vite. Pour ce faire, tous les moyens et toutes les mesures facilitant ou au contraire freinant l'obtention de cet objectif sont colligés et analysés sur les bases de la littérature scientifique pour permettre de définir des parcours (ou chemin clinique) adaptés au patient et à sa chirurgie. Cette approche a permis une réduction des durées moyennes de séjour (DMS) avec, pour les chirurgies les plus lourdes et les patients les plus fragiles, une réduction de la morbi/mortalité (5,6). La diminution des DMS ne doit pas être un objectif elle doit rester une conséquence de cette démarche. Associée au taux de réadmission et de complications ce sont d'excellents marqueurs d'efficience.

Au total, la chirurgie ambulatoire, est un modèle économique qui s'est avéré vertueux sur le plan médical et la RAAC est un modèle de qualité des soins qui s'est avéré vertueux sur le plan économique. Dans les 2 cas, l'objectif est de placer le patient au centre de la procédure (annexe 1) et dans les 2 cas, l'implication et la coordination de l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et administratifs est indispensable. Comme le dit très bien Karem Slim, Président de GRACE, là où nous avons des équipes d'experts, il faut maintenant évoluer vers des équipes expertes (7).

De fait, la jonction entre ambulatoire et RAAC était inévitable. Étonnamment, elle ne s'est faite que très récemment en France (4-5 ans), à partir du moment où des équipes ont commencé à réaliser des chirurgies lourdes en ambulatoire comme des arthroplasties de hanche ou de genou ou des colectomies. A partir de là, la distinction entre les 2 approches est devenue de moins en moins pertinente. Mieux, elles ont bénéficié l'une de l'autre. La réflexion organisationnelle de l'ambulatoire sur les circuits patients (planification des rdv, les appels, la marche en avant, le patient debout ..) a été facilement récupérée pour la RRAC. Cette dernière, par l'amélioration des pratiques anesthésiques (prise en charge de la douleur, des NVPO, épargne morphinique ...) et chirurgicales (absence de drain, de garrot, infiltrations...) a été un apport pour l'ambulatoire.

Par ailleurs, une autre cause d'ambiguïté est imposée par l'article D 6124-301 du code de la Santé Publique n'autorisant la dispensation des prestations en ambulatoire que « sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures ». Cette frontière administrative n'a pourtant aucun sens sur le plan médical et organisationnel. Un patient opéré d'une prothèse de hanche peut rentrer le matin à 7h00 et sortir le soir même à 20 heures. Comme un patient opéré en urgence à 23h pourra sortir le lendemain matin à 8 heures. Dans aucune de ces 2 situations le patient sera considéré en « ambulatoire » alors même qu'il a pu intégrer un circuit optimisé. Par ailleurs, il est réducteur de considérer que, parce qu'un patient reste moins de 12h, il serait dans un processus ambulatoire et qu'au-delà, il rentrerait dans une approche de type RAAC comme cela a été proposé dans un éditorial récent (8). Prenons l'exemple d'un patient opéré d'une prothèse de genou. Pour que ce patient puisse sortir à J0, l'optimisation des pratiques médicales, comme l'éducation du patient, est un complément indispensable à l'organisation du parcours. Mais la réflexion sur sa prise en charge si ce patient doit sortir à J1 ou J2 sera très proche voir identique à celle d'une sortie à J0 ! Seul le circuit d'hospitalisation peut éventuellement différer. Finalement, ce qui est important, ce n'est pas tant que le patient sorte le jour même ou pas, mais bien qu'il reste le temps strictement utile et nécessaire à sa prise en charge. Une durée moyenne de séjour (DMS) d'une chirurgie de cataracte qui serait de 8h est certes de l'ambulatoire mais ce n'est pas forcément optimisé. A l'opposé, pour des arthroplasties de genou une DMS de 24-48 heures n'est pas de l'ambulatoire mais ce résultat aura inmanquablement nécessité une optimisation des pratiques médicales ainsi que des circuits d'hospitalisation. En outre, les équipes qui peuvent être effrayées à l'idée de passer brutalement à l'ambulatoire vont pouvoir, avec une optimisation progressive de l'hospitalisation, aller vers des sorties de plus en plus précoces. D'ailleurs le législateur l'a bien compris, dans un arrêté concernant le DPC il écrit : « la réhabilitation améliorée en chirurgie : une nouvelle approche dans l'organisation des soins chirurgicaux de nature à accélérer le virage ambulatoire » (9). Il est temps de repenser complètement nos modes d'hospitalisation et de sortir de la dichotomie « ambulatoire-hospitalisation » pour aller vers la notion de chemins cliniques individuels et de parcours de soins optimisés. Chaque patient entre dans un circuit, ultra court, court, long selon son intervention mais également ses éventuelles comorbidités. Ces différents circuits peuvent aller de 2 heures pour une cataracte ou une endoscopie, 3-4 heures pour une arthroscopie de genou ou une hernie inguinale, 7-8 heures pour un ligament croisé ou une cholécystectomie, à 10h-72h pour une colectomie coelioscopique ou une arthroplastie. Cette réflexion peut s'étendre à des chirurgies beaucoup plus lourdes : récemment une équipe a présenté une approche RAAC après transplantation hépatique permettant de réduire par 2 le temps de présence en réanimation ainsi que la durée totale d'hospitalisation (10). On voit bien que dans cette vision la barrière des 12 heures, définissant une « hospitalisation vertueuse », n'a plus de sens.

Nous avons maintenant suffisamment de données qui montrent l'intérêt économique de ces modèles (11). Notre rôle en tant que médecin est bien évidemment d'assurer la meilleure prise en charge possible pour nos patients et pour cela il faut des moyens humains et en matériel, donc des investissements. Jusqu'à maintenant, c'était plutôt 2 logiques qui s'affrontaient entre une incontournable vision comptable et une indispensable, mais forcément coûteuse, qualité des soins. Avec l'optimisation des parcours, nous avons une véritable « convergence d'intérêt » avec une amélioration de la qualité qui permet une meilleure productivité.

En conclusion, il est temps de fusionner ces 2 concepts pour aller vers une optimisation de l'ensemble des parcours de soins dans une approche organisationnelle et d'adaptation des pratiques médicales. Il faut rappeler également que c'est aux équipes elles-mêmes de mener la réflexion en tenant compte, bien sûr des données scientifiques et des différentes recommandations, mais également, et c'est fondamental, de leur environnement et de leurs moyens au sens large. C'est un nouveau paradigme, l'hospitalisation 2.0, doit se généraliser maintenant ! Le patient sort plus tôt car il va mieux plus tôt.