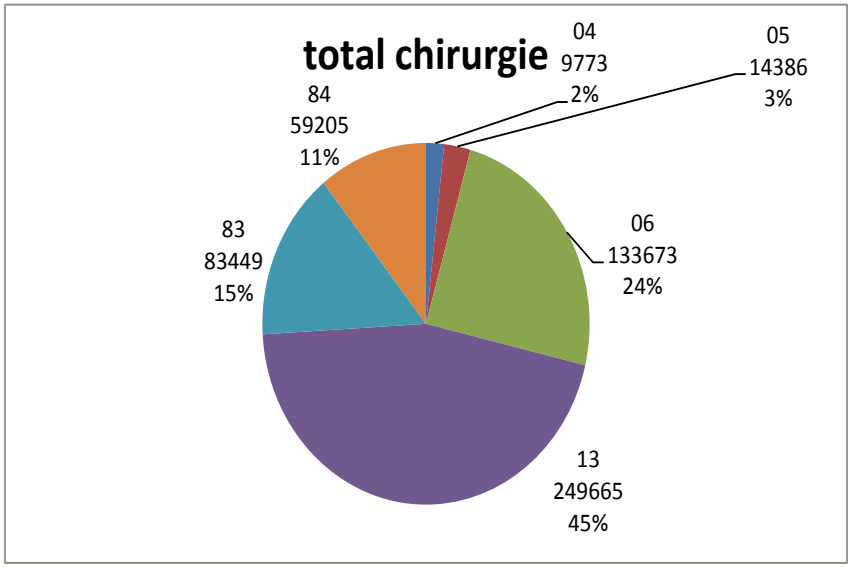
Chirurgie ambulatoire en PACA

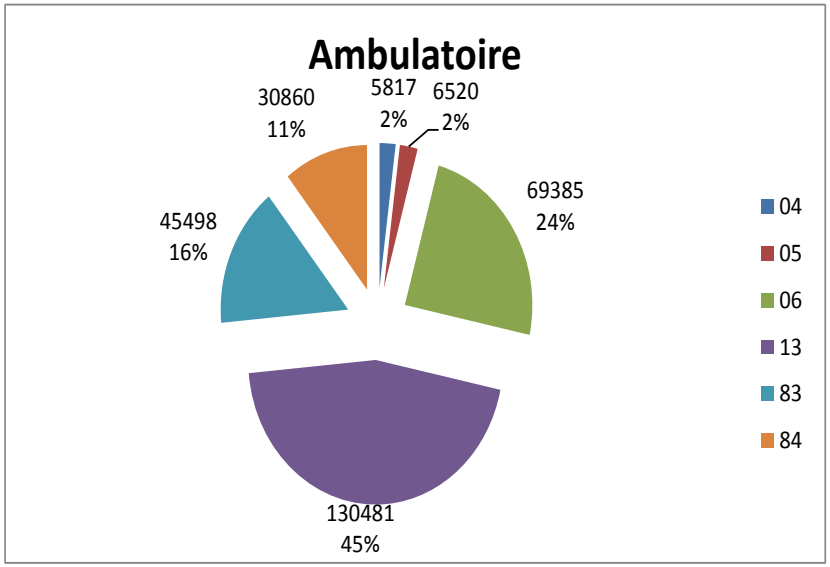
Dr Florence Ettori
florence.ettori@ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PACA 2016 : 574 000 actes (550 000 actes de chirurgie en 2014) hors endoscopies, dont 323 000 en ambulatoire
deuxième meilleur taux d'ambu derrière IDF en 2014

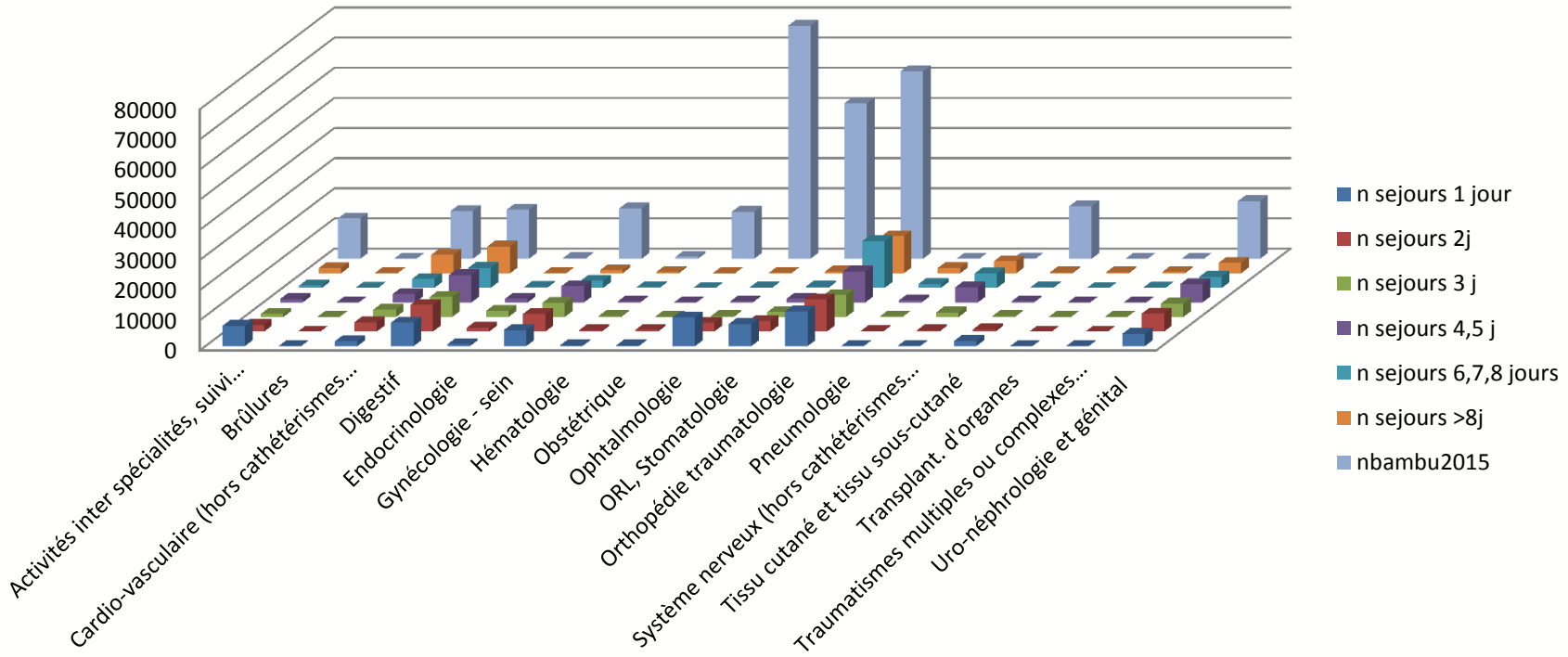
taux de recours en chirurgie supérieur au taux national



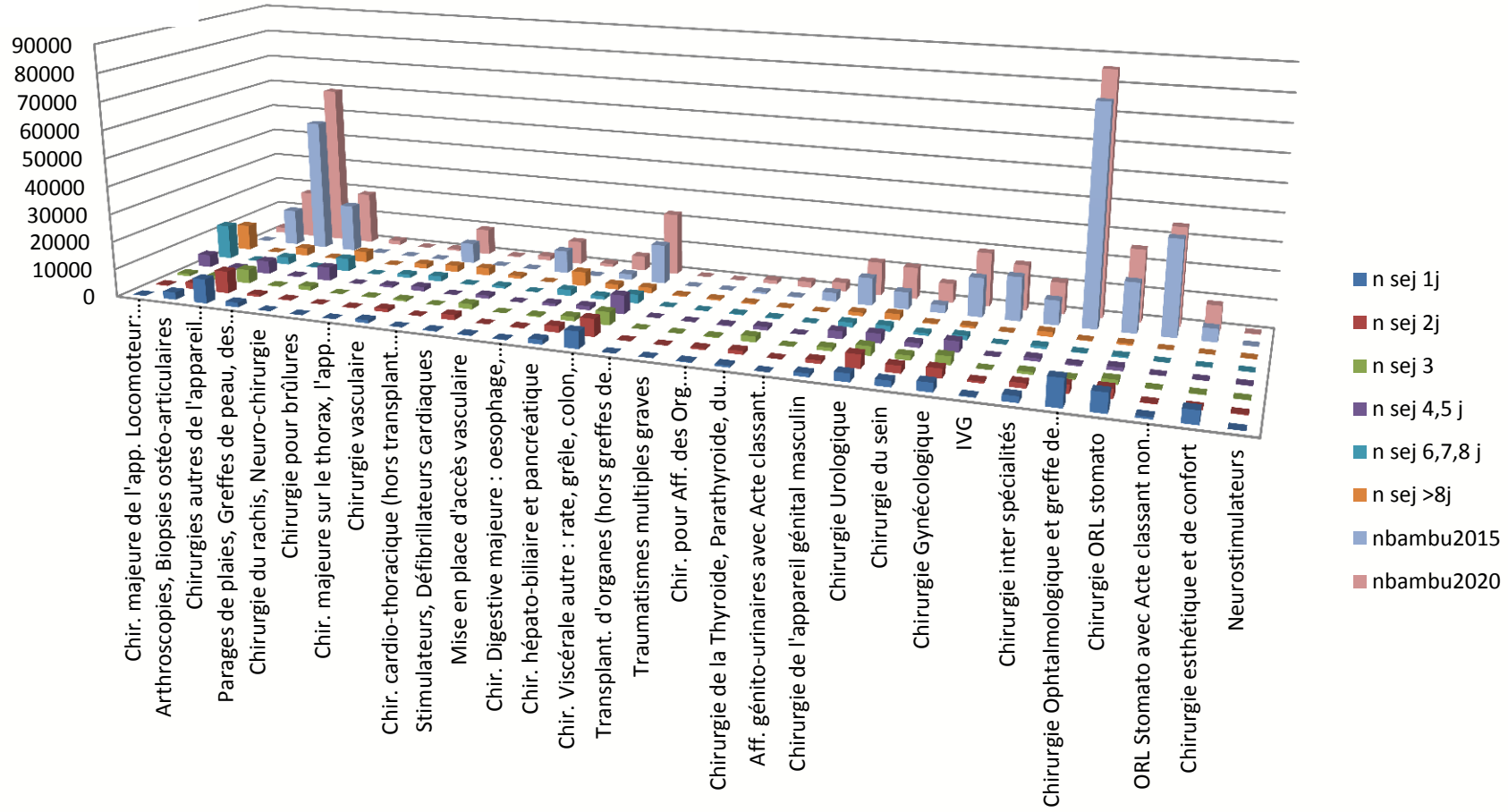


Importance numérique de l'ophtalmo, orl, et chirurgie traumatologique ambulatoires sur la chirurgie

distribution des DMS des sejours chirurgicaux selon les domaines d'activité



Toute la chirurgie en 2015 selon les groupements prioritaires (classif PMSI)



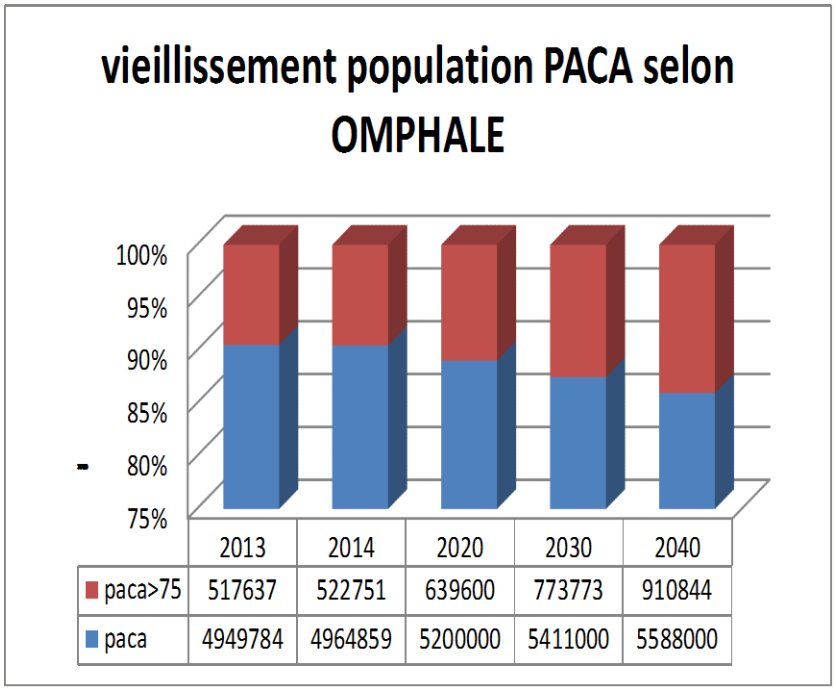
Personnes âgées

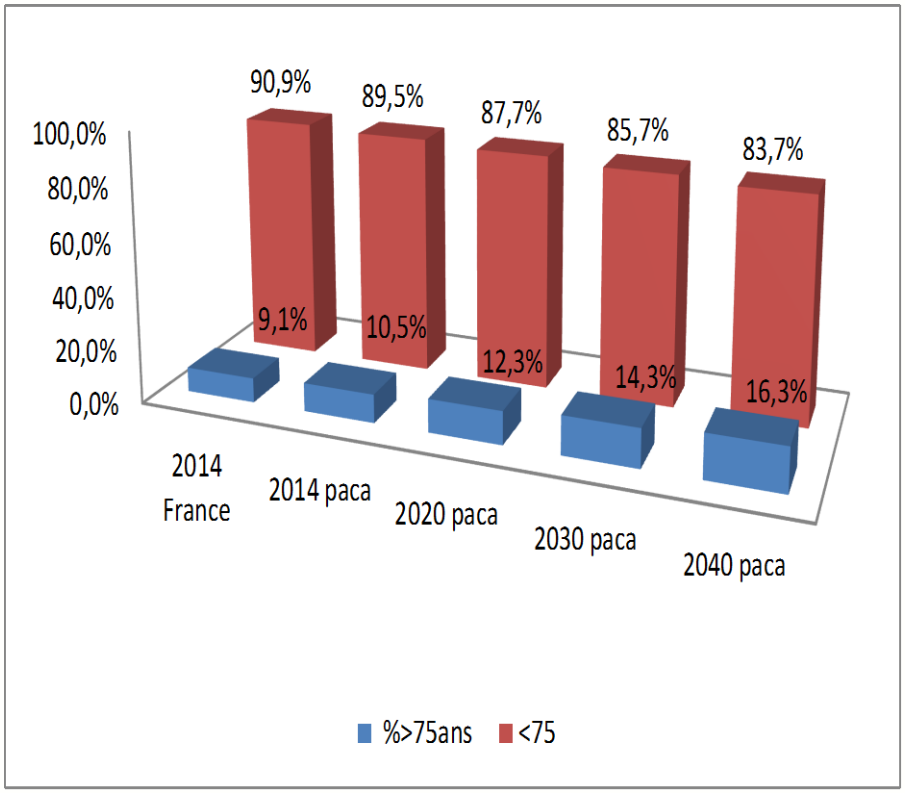
Personnes >75 ans : 520 000 en 2013 soit 10,5 % de la population PACA

2014: 100 000 actes de chirurgie pour 550 000 actes population generale soit 18 % des actes chirurgicaux mais

15,4 % des actes en ambulatoire, 21 % des actes en hospitalisation conventionnelle

Anticipation du vieillissement de la population PACA (OMPHALE)





Missions des ARS et de l'assurance maladie: Le « plan triennal »

PRESENTATION GENERALE

Le plan ONDAM : Une évolution structurelle de notre système de santé alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses

Plan ONDAM

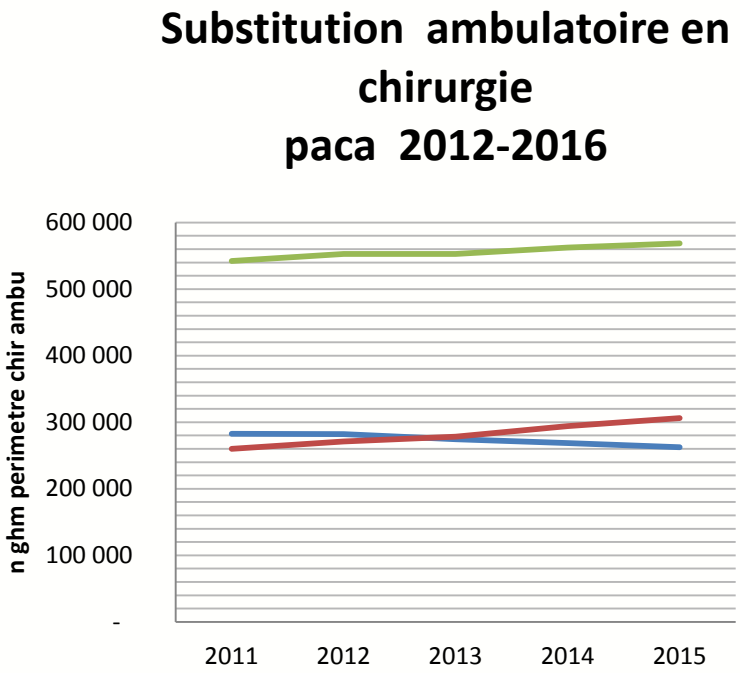
Objectifs	Eléments clés
Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à ses missions	• **Pérennité de la qualité de service** : offrir aux patients une offre de services de santé modernisée et soutenable sur le long terme • **Bonne santé financière des établissements** : moderniser les modes de gestion des établissements, notamment sur les achats et les segments supports, via des regroupements inter-hôpitaux, afin de leur permettre de maintenir une bonne santé financière
Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement	• **Virage ambulatoire pour les établissements et professionnels de santé** : accompagner les changements de pratique et d'organisation en établissement liés au développement de l'ambulatoire • **Virage ambulatoire pour les patients** : réduire le temps passé à l'hôpital pour certains actes de chirurgie et de médecine et améliorer la qualité des soins (diminution des risques sanitaires liés à l'hospitalisation par exemple) • **Optimisation des modes de prises en charge** : réduire les séjours inutilement prolongés (PRADO) et adopter des prises en charge plus adéquates (HDJ, HAD)
Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques	• **Généralisation des génériques** : continuer de faire évoluer les habitudes de consommation des médicaments en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé au fait de prescrire des génériques • **Poursuite de l'effort sur les dépenses de médicaments** : réaliser des baisses de prix ciblées sur le secteur du médicament et les dispositifs médicaux
Améliorer la pertinence et le bon usage des soins	• **Réduction des soins redondants ou inadéquats** notamment par des mécanismes de contractualisation entre ARS, AM et établissements: améliorer la pertinence de la prescription de certains actes • **Renforcement de la pertinence des prescriptions médicales : pour le transport**, les prescriptions médicamenteuses ou de certains actes (kinésithérapie, biologie, radiologie,…)

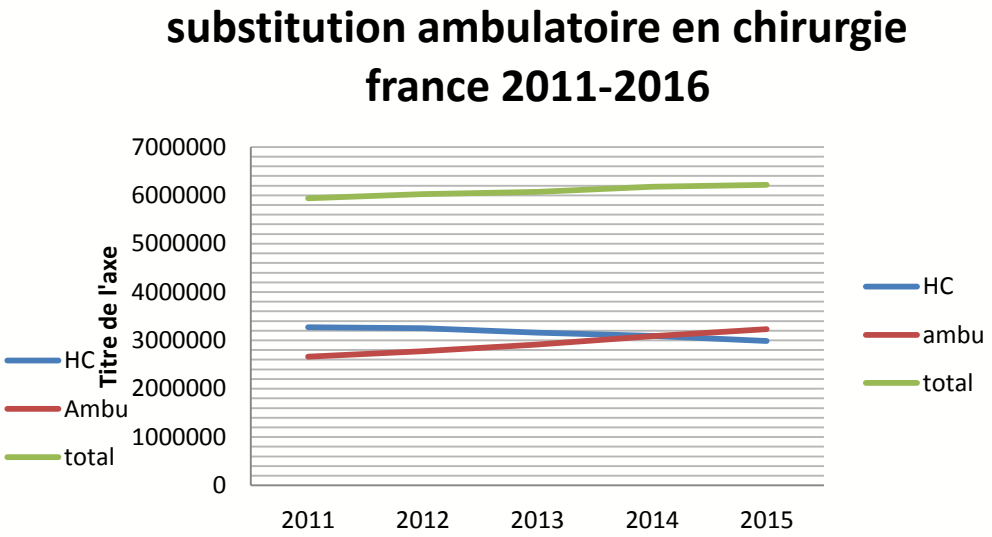
Maîtrise des dépenses à hauteur de 10Mds d'Euros à horizon 2017

Définition de l'ambulatoire pour les statistiques françaises

Taux Global de chirurgie ambulatoire TGCA, calculé annuellement

- Def : nombre de séjours en établissement chirurgical avec un acte de chirurgie sauf actes de néonatologie et liés à la grossesse, + 7 gestes frontieres : biopsie de prostate sous AG, accès vasculaires pour FAV et pour affections circulatoires, avulsions et prothèses dentaires, chirurgies esthétiques et de confort, IVG) réalisés sans nuitée/nombre total d'actes

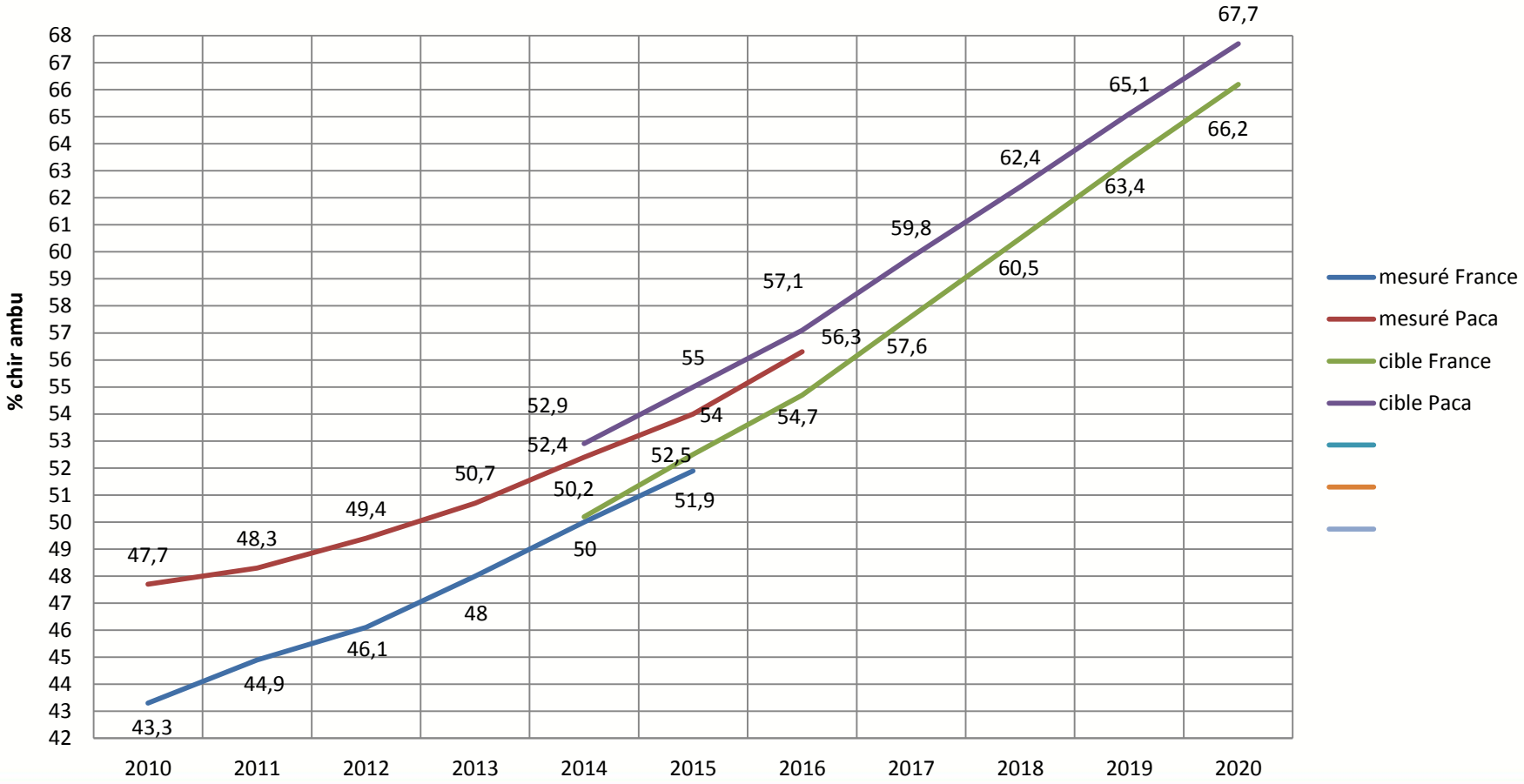




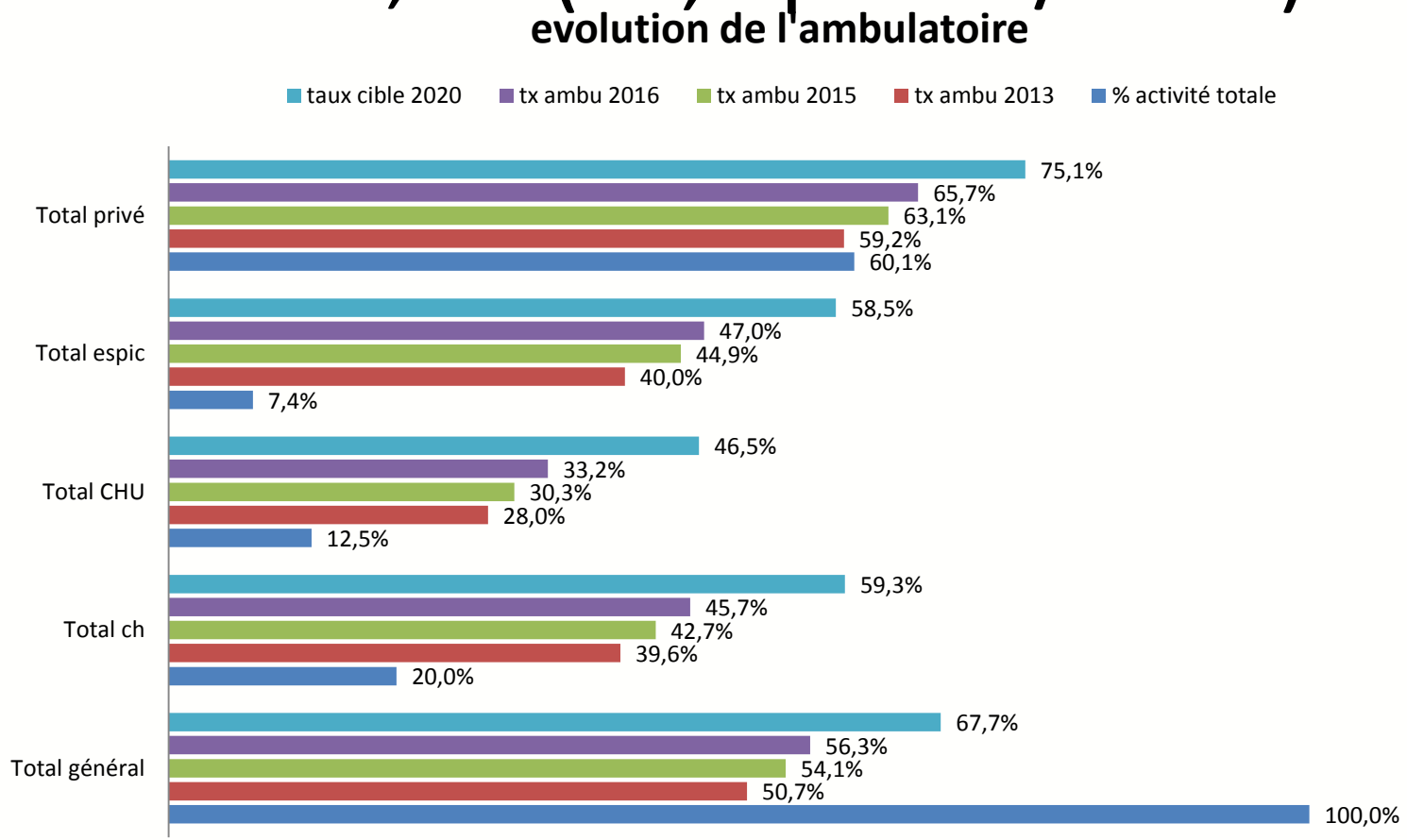
2011-2015	paca	France
evolution ambulatoire	13%	16,30%
evolution HC	-7%	-8%
evolution total activité	2,80%	3,20%

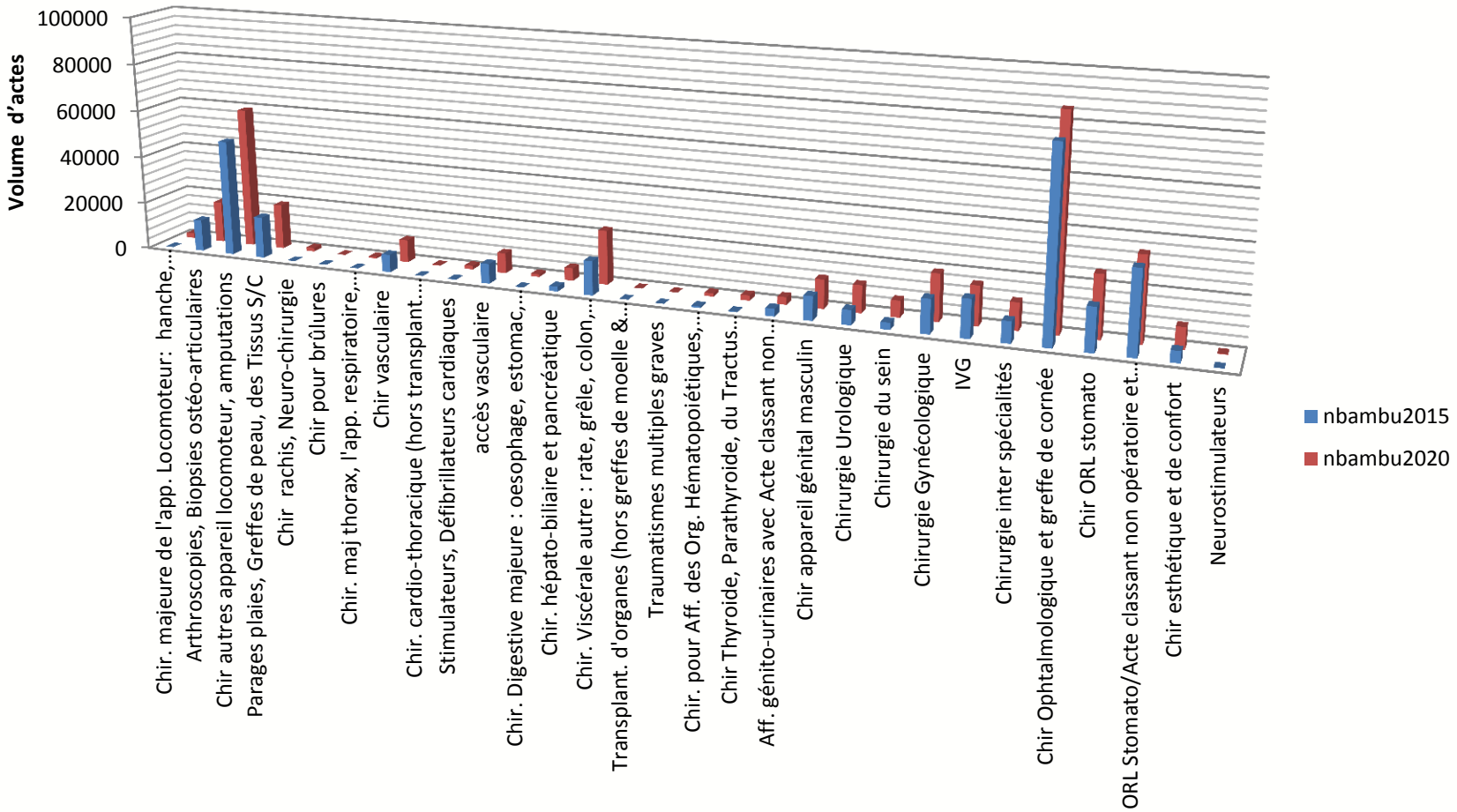
Taux d'ambulatoire cible 2020 à 67,7 % (+11,4) : détermination de la pente

evolution des taux attendus et réels de chirurgie ambulatoire 2010-2020

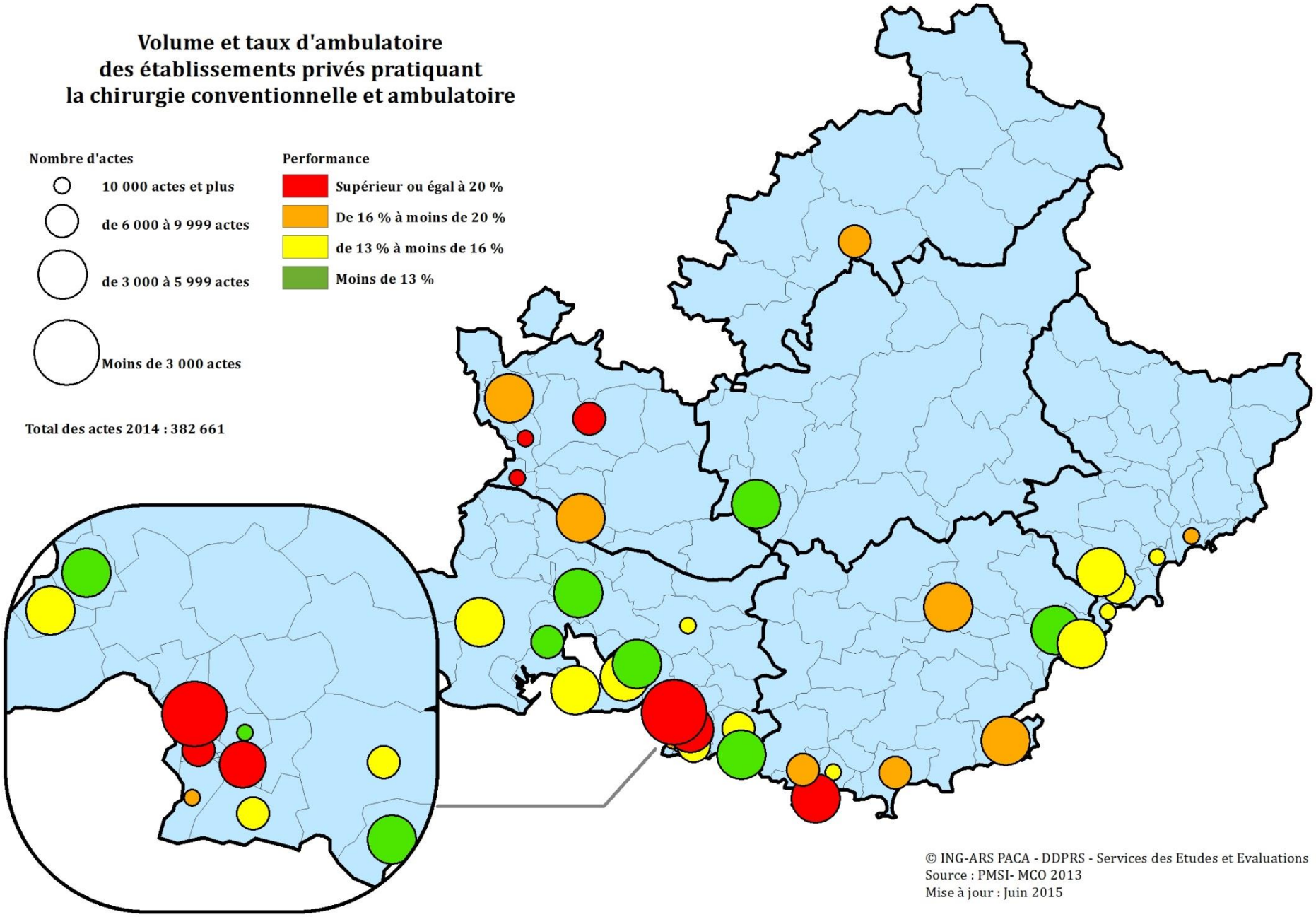


Taux de chirurgie ambulatoire PACA 2016 : 56,3% (+2,2 points/2015)





« niches » de gains d'ambulatoire


Volume et taux d'ambulatoire
des établissements privés pratiquant
la chirurgie conventionnelle et ambulatoire
Nombre d'actes
10 000 actes et plus
de 6 000 à 9 999 actes
de 3 000 à 5 999 actes
Moins de 3 000 actes
Performance
Supérieur ou égal à 20 %
De 16 % à moins de 20 %
de 13 % à moins de 16 %
Moins de 13 %
Total des actes 2014 : 382 661
© ING-ARS PACA - DDPRS - Services des Etudes et Evaluations
Source : PMSI- MCO 2013
Mise à jour : Juin 2015

Volume et taux d'ambulatoire des établissements publics pratiquant la chirurgie conventionnelle et ambulatoire

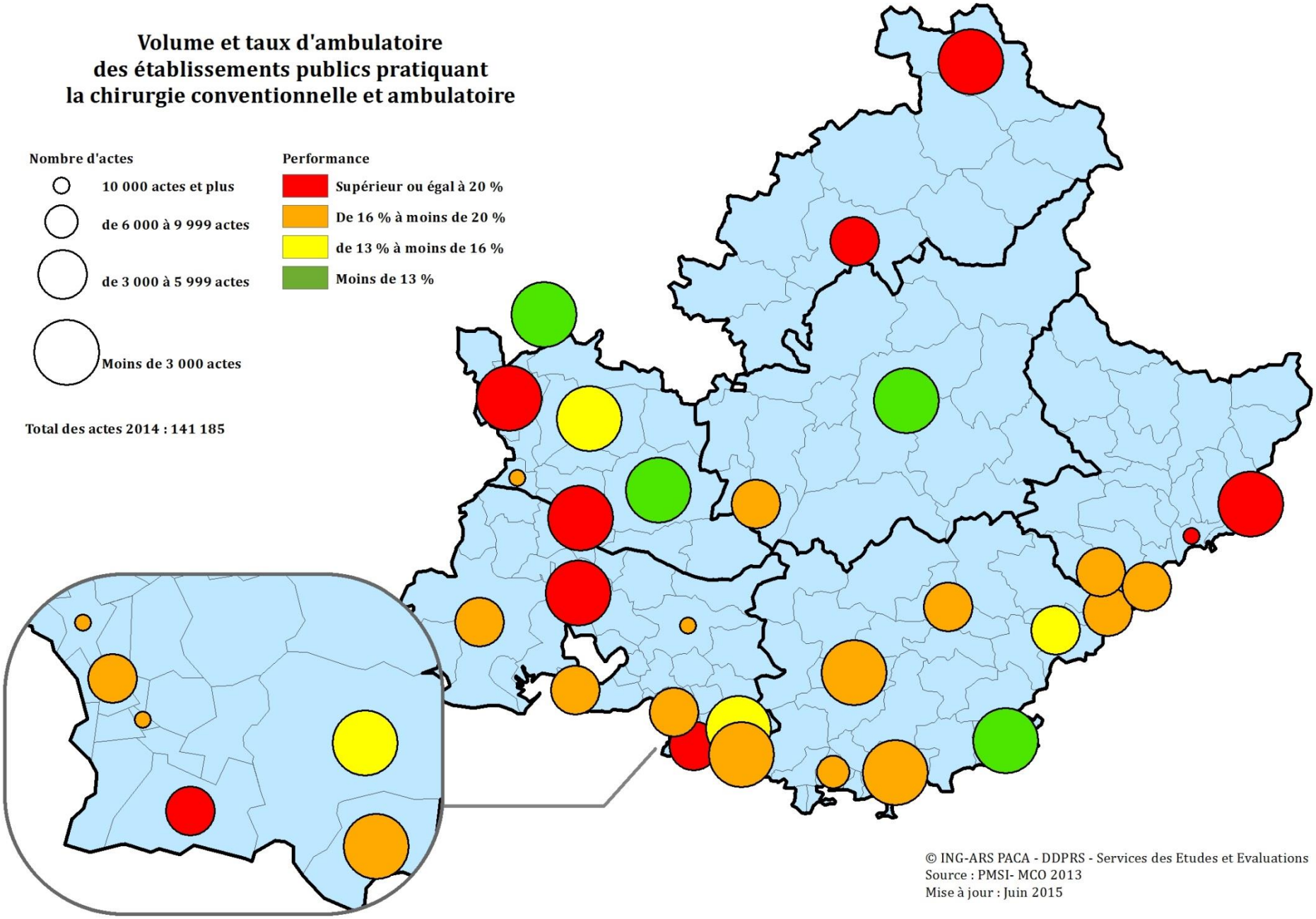
Nombre d'actes

- 10 000 actes et plus
- de 6 000 à 9 999 actes
- de 3 000 à 5 999 actes
- Moins de 3 000 actes

Performance

- Supérieur ou égal à 20 %
- De 16 % à moins de 20 %
- de 13 % à moins de 16 %
- Moins de 13 %

Total des actes 2014 : 141 185

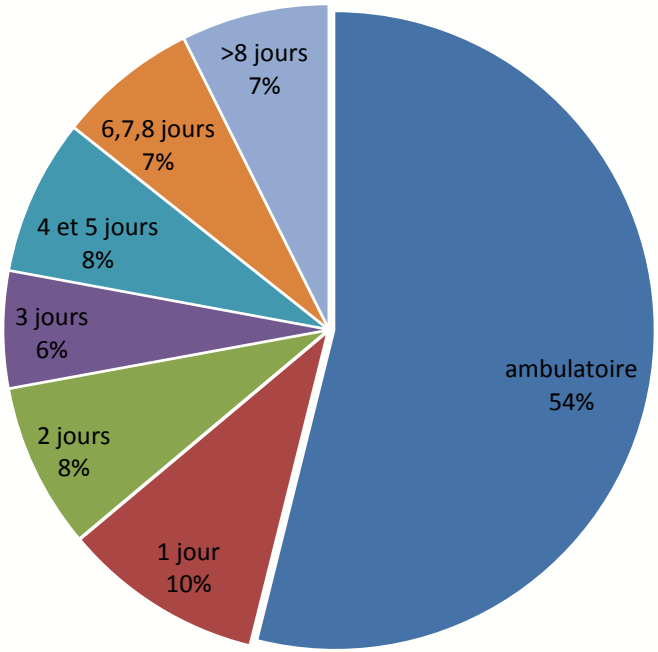


© ING-ARS PACA - DDPRS - Services des Etudes et Evaluations
Source : PMSI- MCO 2013
Mise à jour : Juin 2015

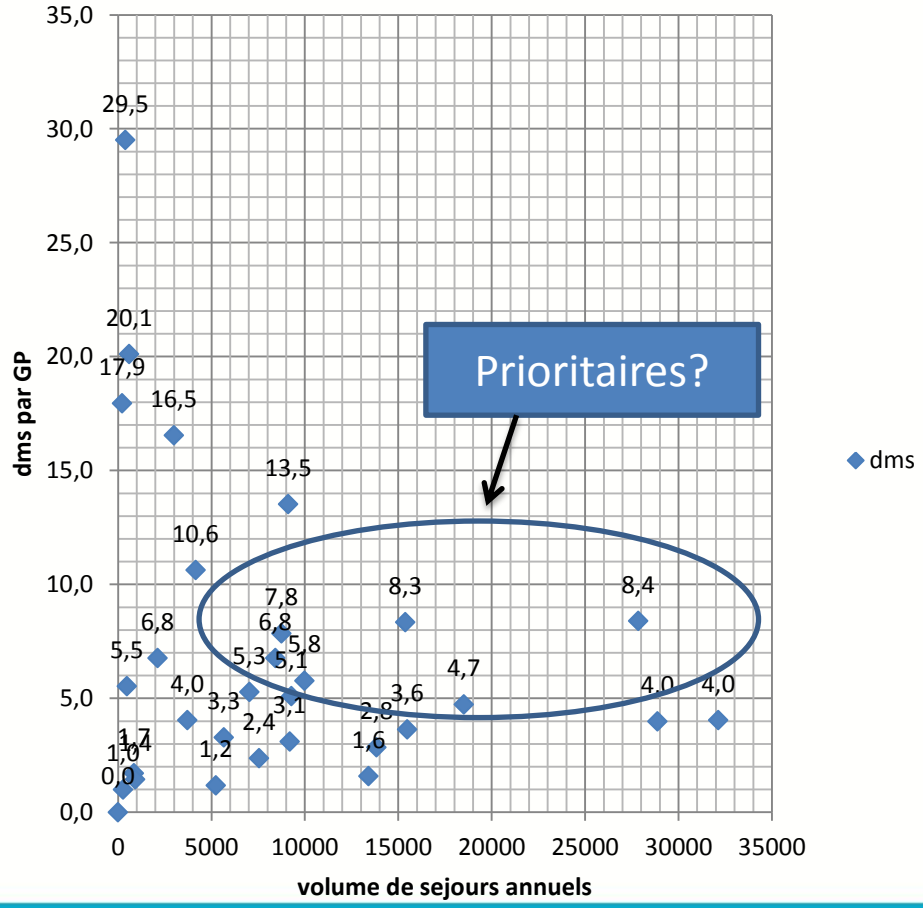
Distribution des DMS 2015 sur le périmètre chirurgical en PACA

séjours chirurgicaux 2015

569 000 séjours

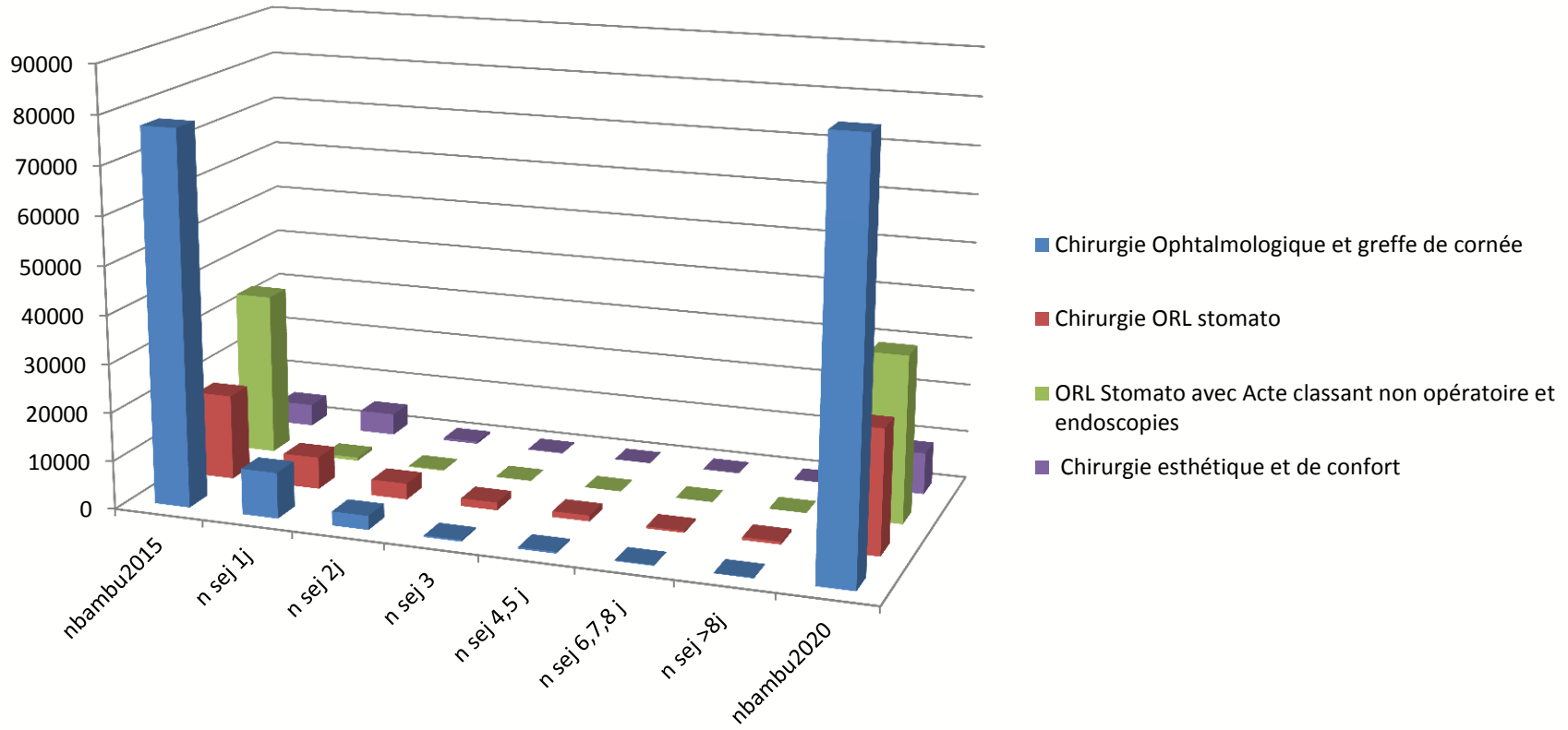


DMS moyennes selon les Groupements Prioritaires du PMSI

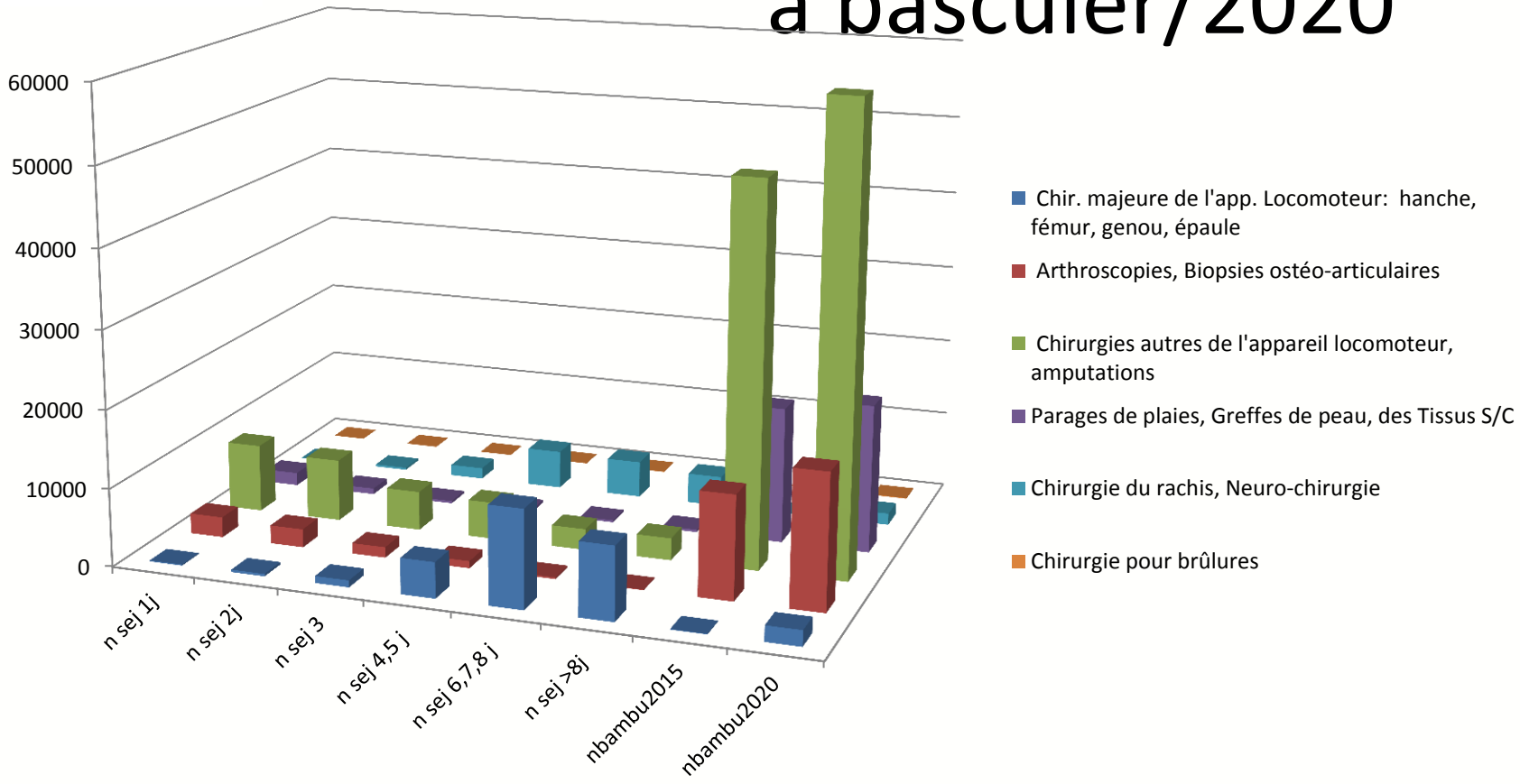


libelle_GP	nb total sej HC 2015	dms
		0
accès vasculaire	268	1,00
Chir esthétique et de confort	5232	1,18
ORL Stomato/Acte classant non opératoire et endoscopies	928	1,45
Chir Ophtalmologique et greffe de cornée	13416	1,58
IVG	859	1,71
Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	7549	2,37
Chir ORL stomato	13835	2,85
Chirurgie du sein	9188	3,10
Chir Thyroide, Parathyroide, du Tractus Thyréoglosse, endocrinologie	5661	3,28
Chirurgie Gynécologique	15474	3,63
Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	28873	3,99
Parages plaies, Greffes de peau, des Tissus S/C	3713	4,04
Chir autres appareil locomoteur, amputations	32125	4,05
Chirurgie Urologique	18508	4,74
Chir appareil génital masculin	9280	5,09
Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	7032	5,28
tout	262372	5,45
Neurostimulateurs	479	5,54
Chir. hépato-biliaire et pancréatique	9982	5,78
Chirurgie inter spécialités	8416	6,77
Chir. pour Aff. des Org. Hématopoiétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID	2121	6,77
Chir vasculaire	8746	7,84
Chir rachis, Neuro-chirurgie	15382	8,34
Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	27842	8,40
Chir. maj thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie	4153	10,63
Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum	9112	13,53
Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens	2986	16,55
Chir pour brûlures	225	17,95
Traumatismes multiples graves	598	20,11
Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée)	389	29,50

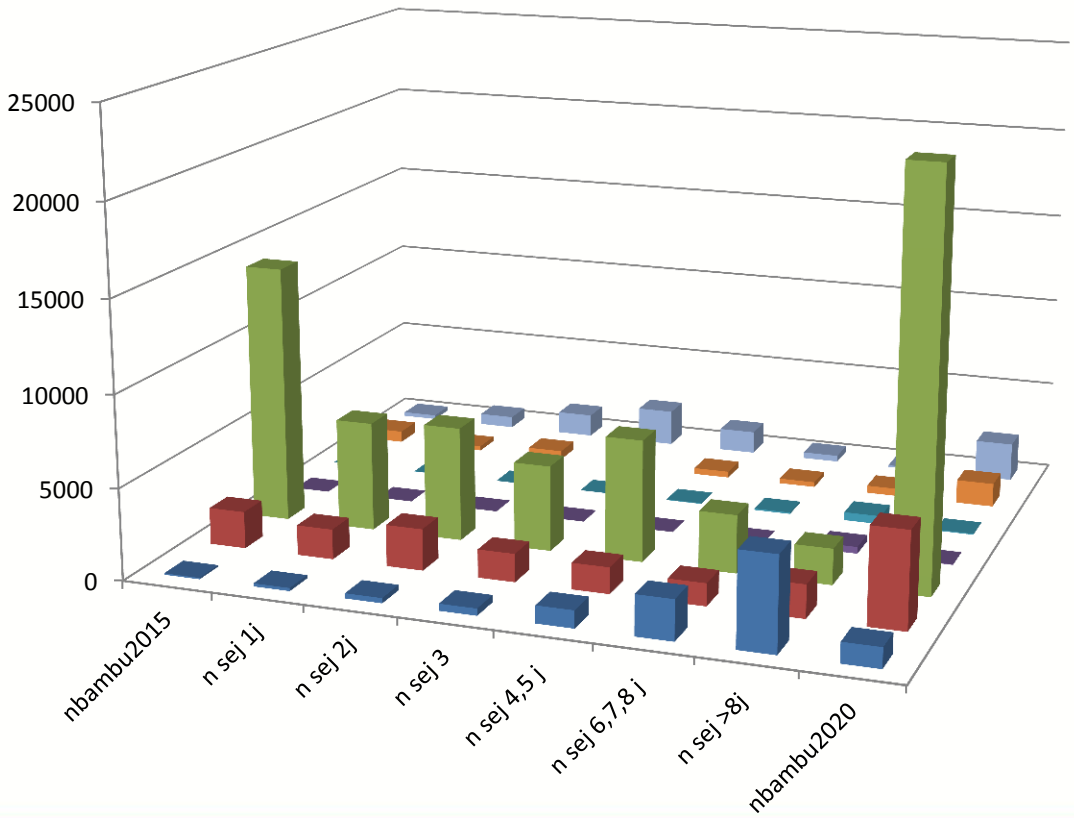
OPH ORL STO: 21 000 actes à basculer/2020



Orthopédie: 20 000 actes à basculer/2020

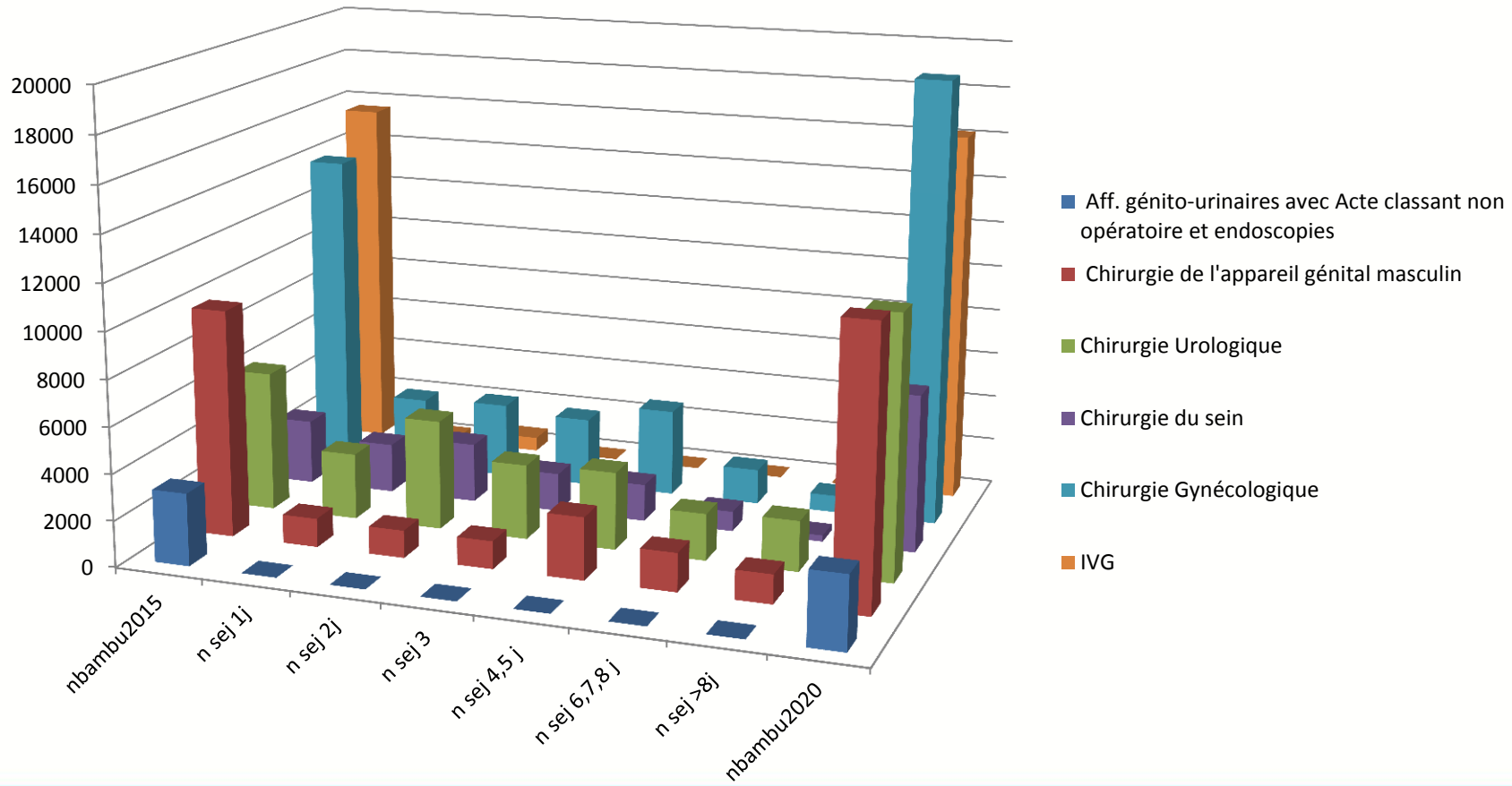


chirurgie digestive 15200 actes à basculer/2020

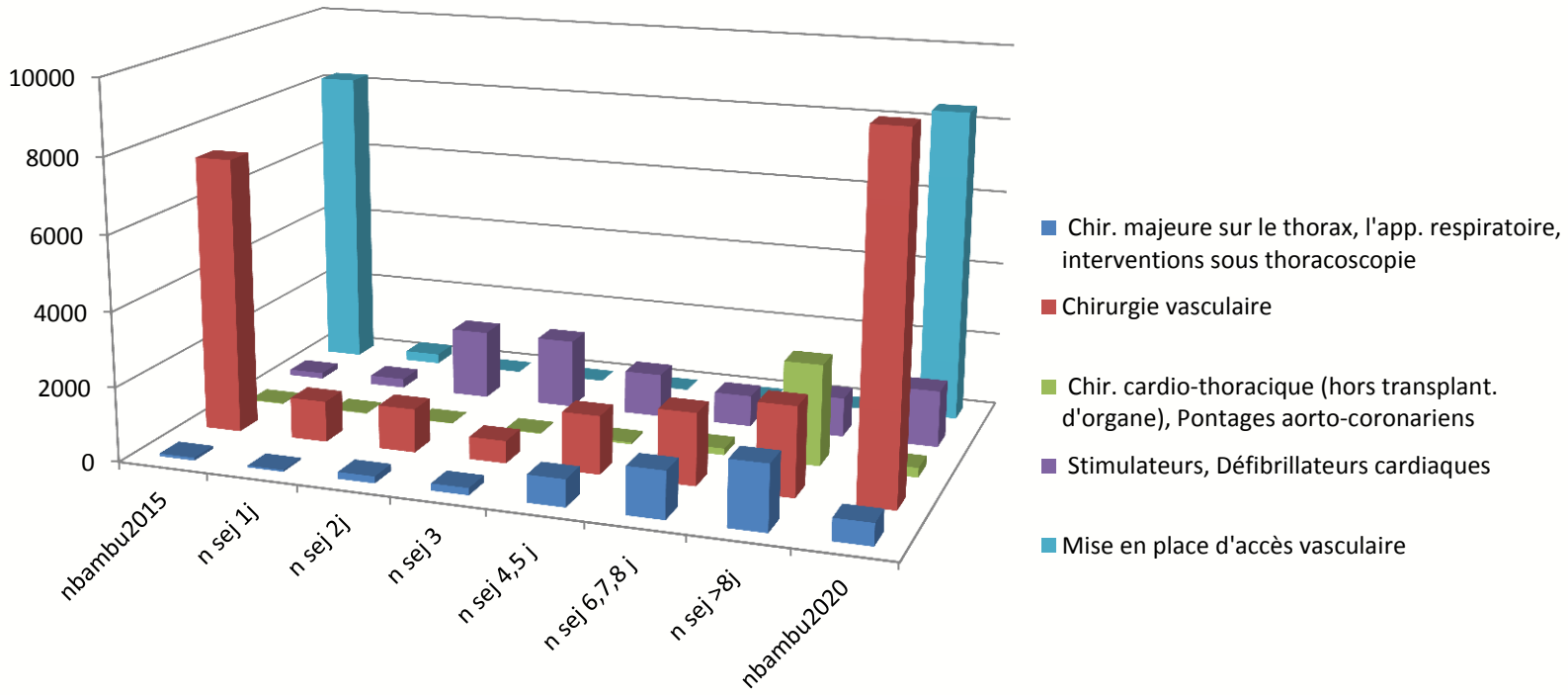


- Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum
- Chir. hépato-biliaire et pancréatique
- Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies
- Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée)
- Traumatismes multiples graves
- Chir. pour Aff. des Org. Hématopoiétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID
- Chirurgie de la Thyroide, Parathyroide, du Tractus Thyréoglosse, endocrinologie

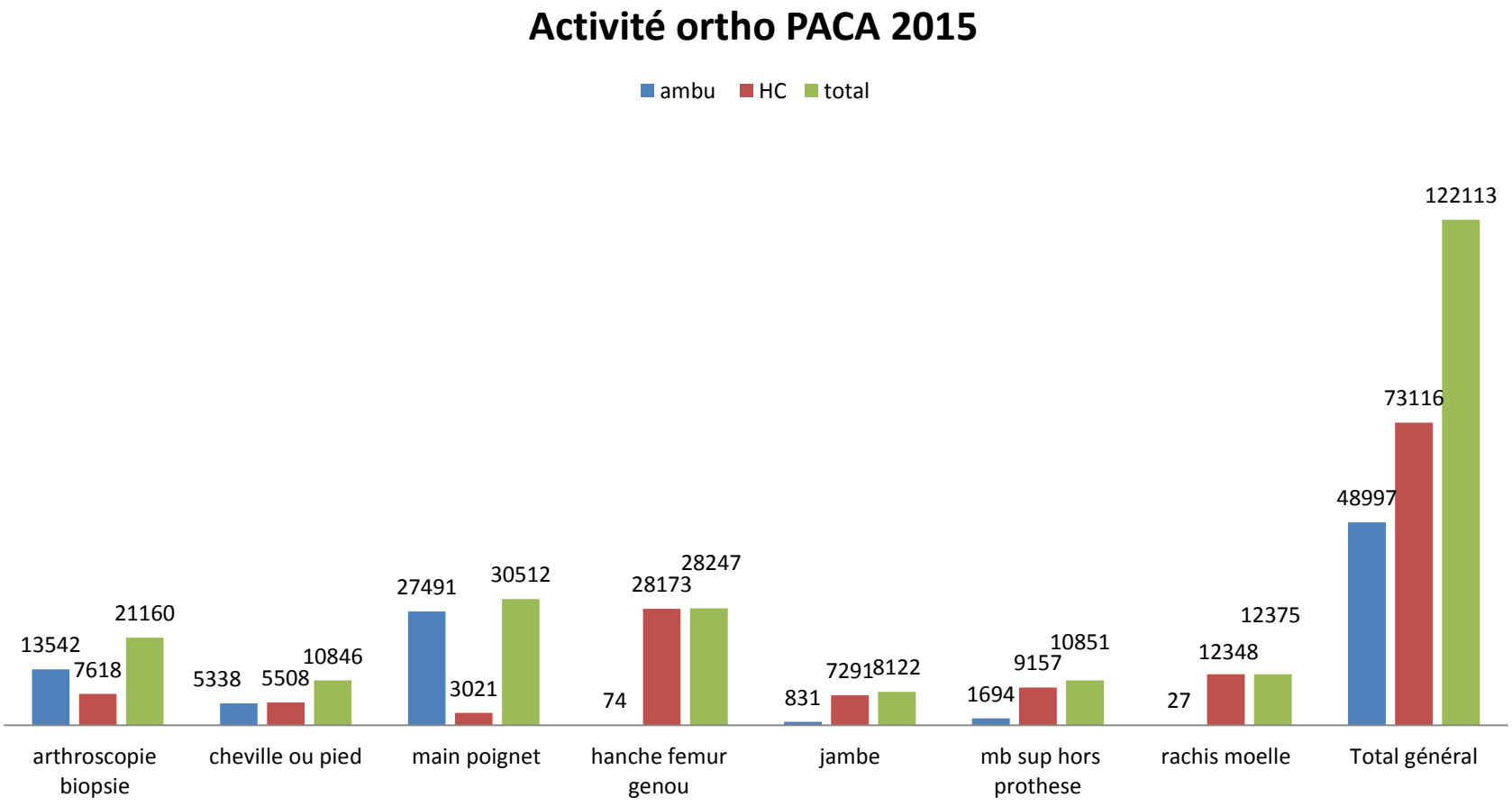
Urologie , gynécologie: 17 000 actes à basculer /2020



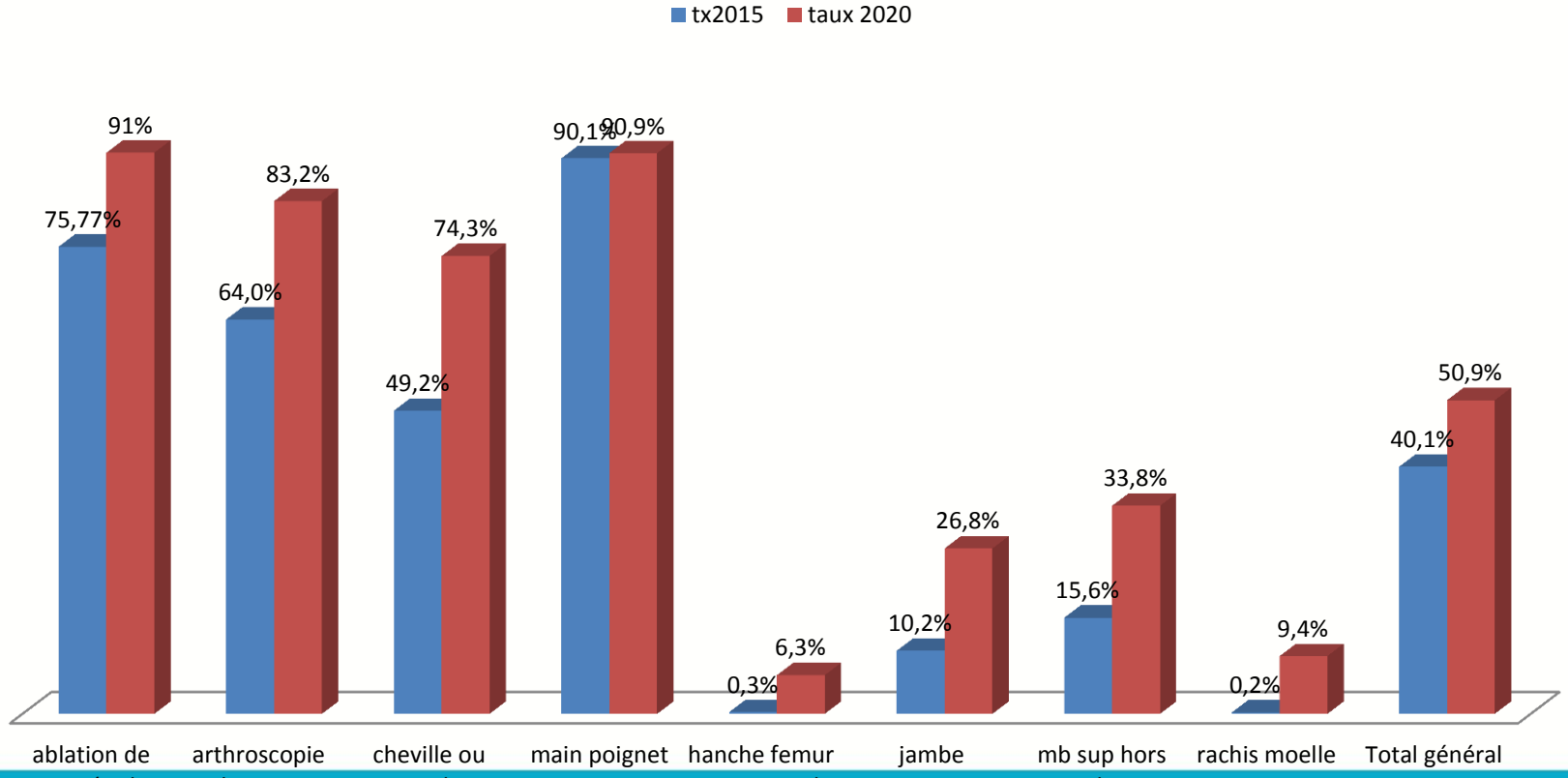
Cardiovasculaire et thoracique 4400 actes a basculer



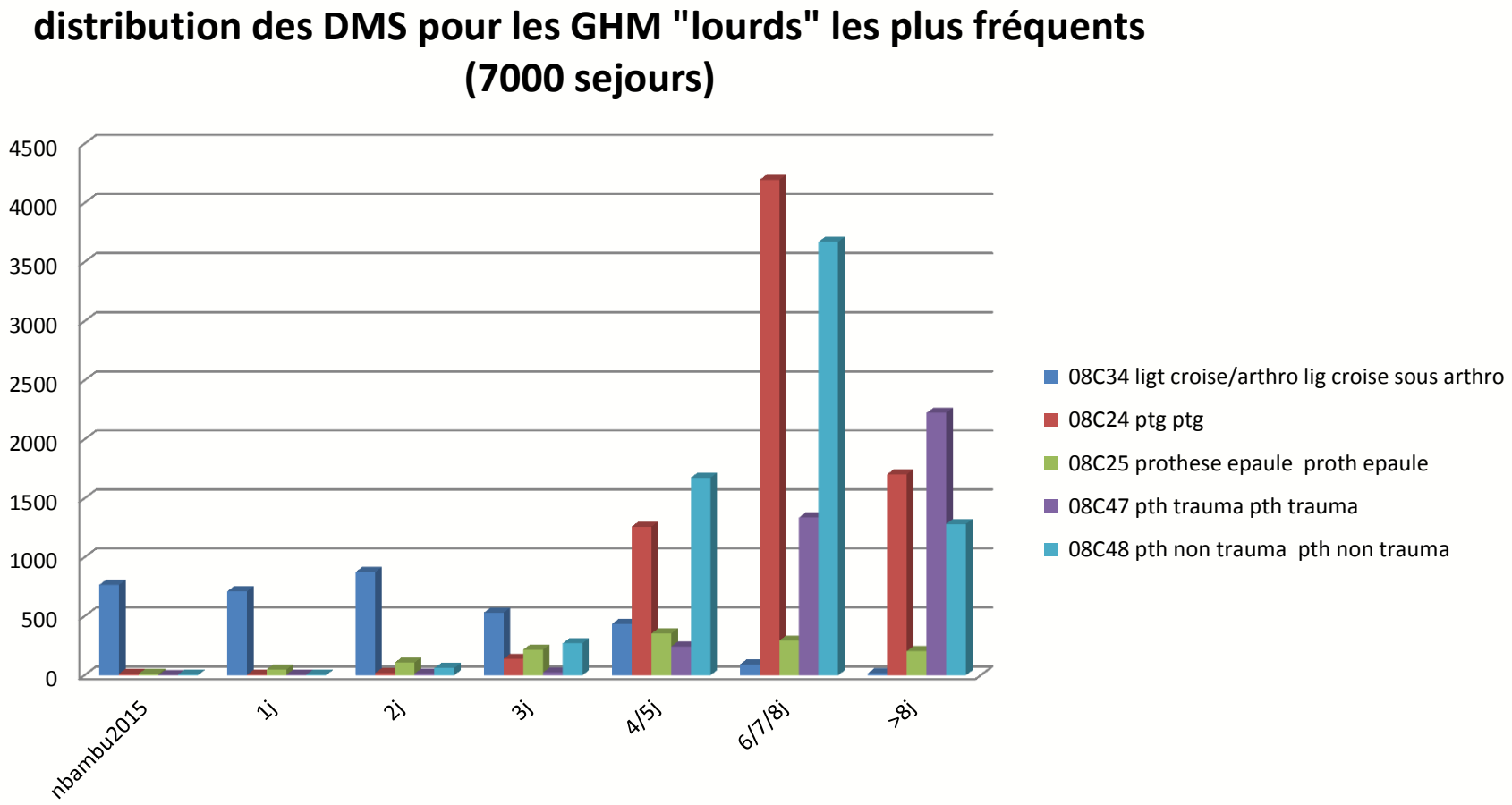
L'orthopédie représente une intervention sur 5 en 2015 en paca (122 000)



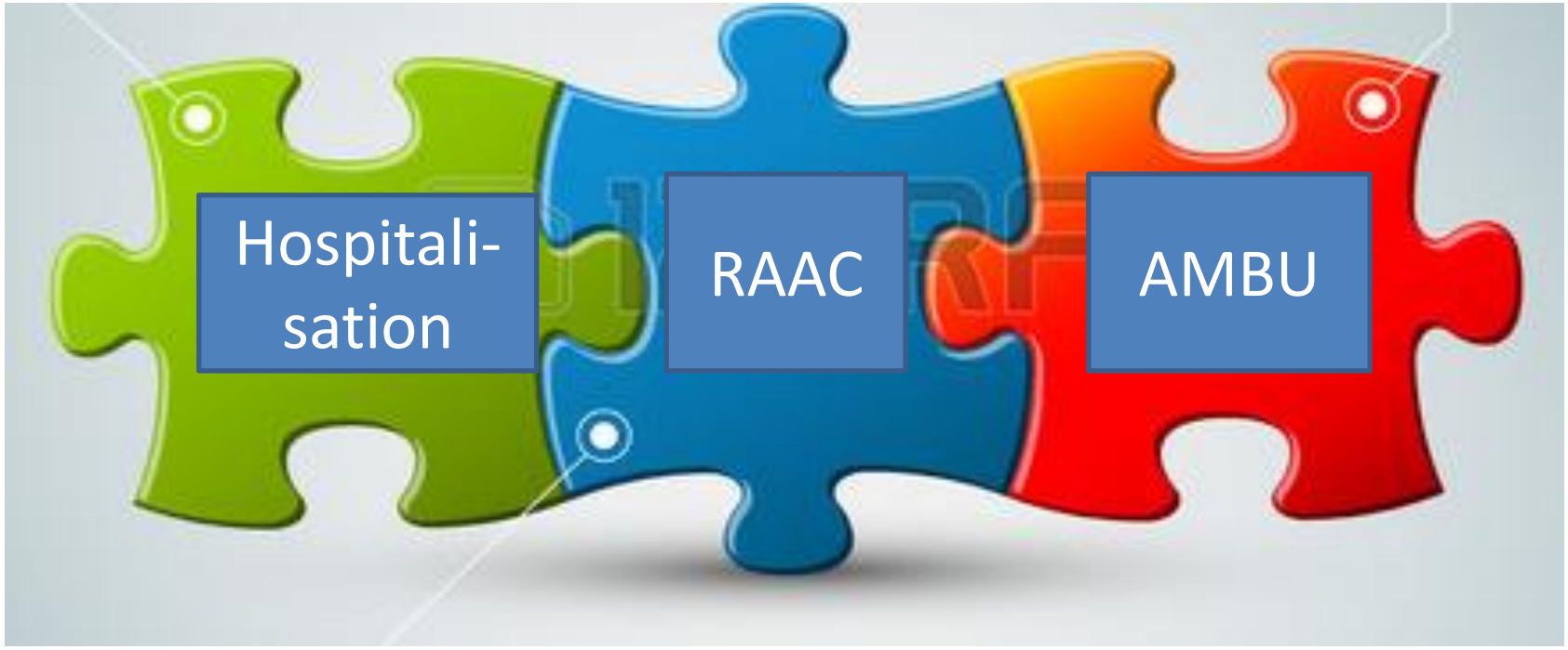
Effort attendu en ambulatoire: exemple en ortho 2015-2020: 13 000 patients orthopédiques à transférer vers l'ambulatoire



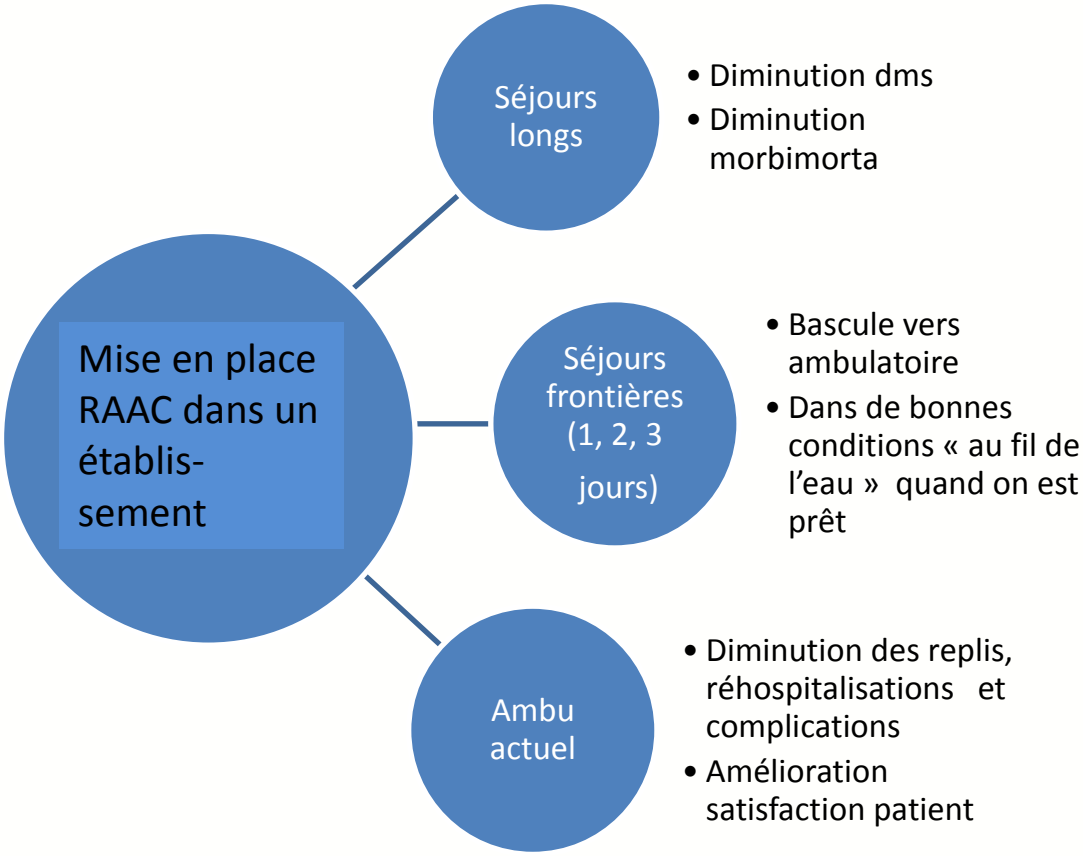
Distribution des séjours dans les racines de GHM les moins transférables



RAAC: le chaînon manquant pour réconcilier les objectifs du virage ambulatoire avec la qualité …



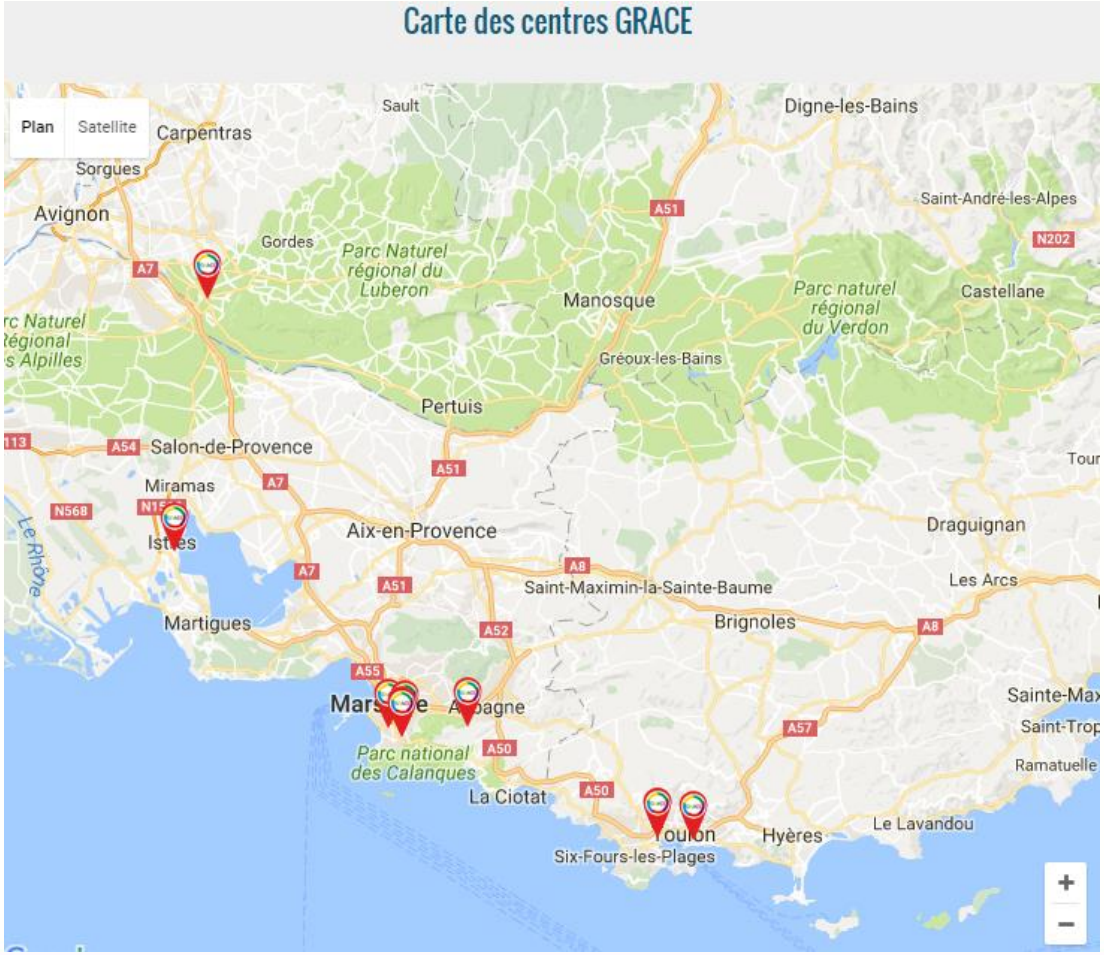
La RAAC: pour tous et tout le temps



Critères de sortie, Groupe GRACE (15)

- Pas de perfusion intraveineuse
- Prise en charge de la douleur
- Alimentation solide
- Mobilisation indépendante ou au même niveau qu'avant l'intervention
- Transit rétabli au moins sous forme de gaz
- Aucun signe infectieux : fièvre < 38 ◦C,
- hyperleucocytose < 10 000 GB/mL, CRP < 120 mg/L, en chirurgie bariatrique pouls < 120/min
- Patient acceptant la sortie
- Réhospitalisation possible (sur le plan organisationnel) en cas de complication

Labellisation Grace: un atout auprès des patients et des tutelles



Un retour d'experience de RAAC en orthopédie , south-east England NHS 2010-2011

Orthopaedic enhanced recovery programme:

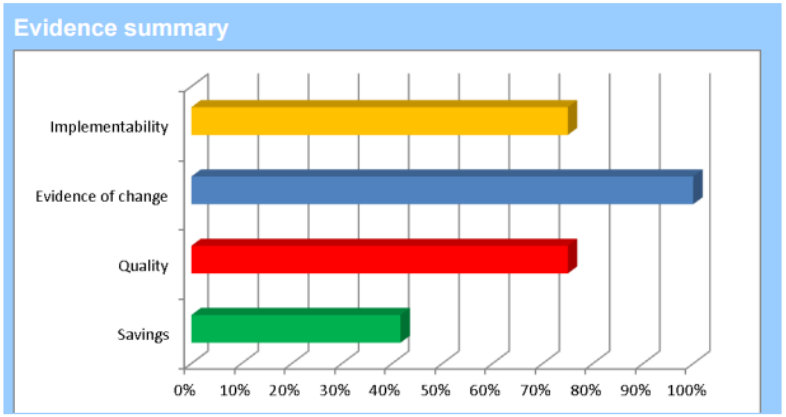
to reduce length of hospital stay

Provided by: NHS South East Coast

Publication type: Quality and Productivity example

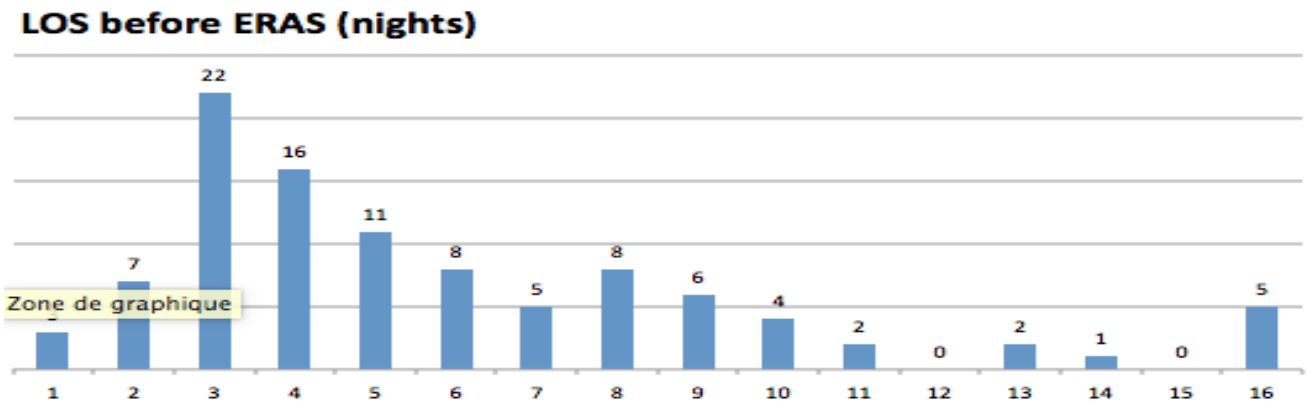
QIPP Evidence provides users with practical case studies that address the quality and productivity challenge in health and social care. All examples submitted are evaluated by NICE. This evaluation is based on the degree to which the initiative meets the QIPP criteria of savings, quality, evidence and implementability; each criterion is given a score which are then combined to give an overall score. The overall score is used to identify the best examples, which are then shown on NHS Evidence as 'recommended'.

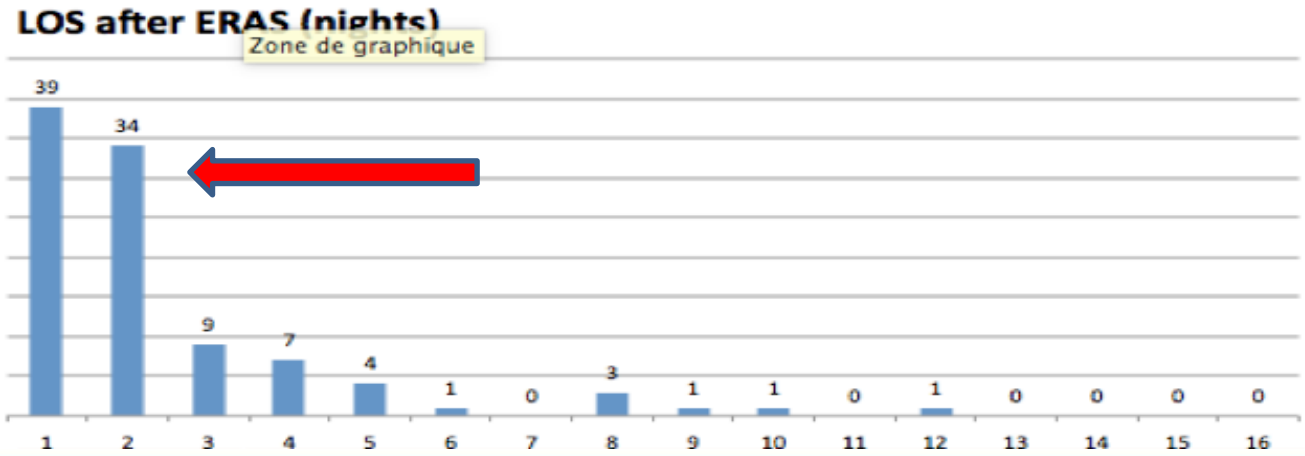
Our assessment of the degree to which this particular case study meets the criteria is represented in the evidence summary graphic below.



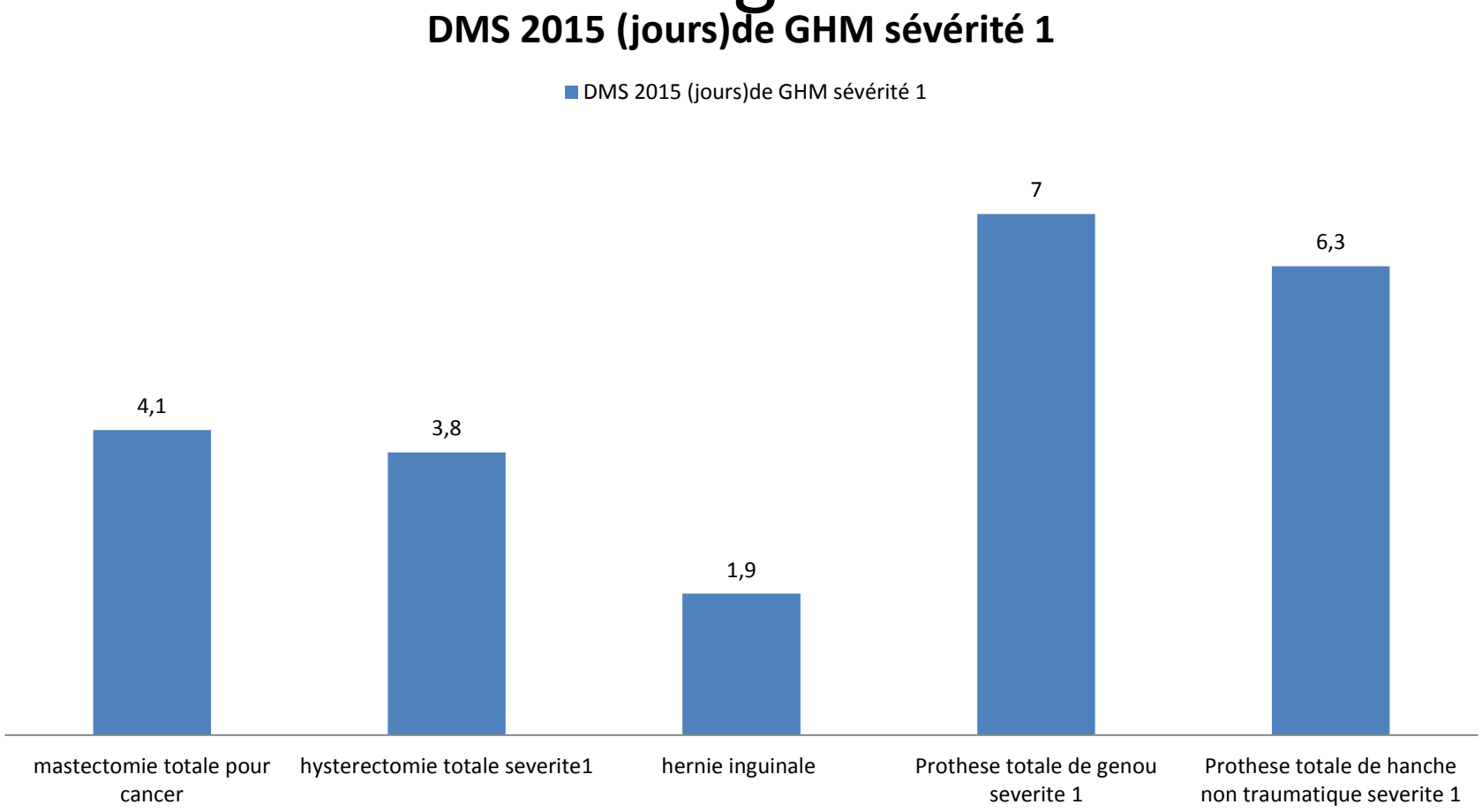
- En un an:
- DMS 5,9 j à 5,6 jours mais certains centres de 7,4 à 5,6
- Taux de réadmission de 7,1 à 5,5%
- Aucune augmentation locale de réadmission
- Satisfaction bonne ou excellente 98,5%
- Suppression de 900 lits**
- 6000 livres économisées par 100 000 habitants***

Région Marseillaise: mise en place de RAAC sur un an sur 100 hystérectomies et curages lombo aortiques néoplasiques, AVANT le passage vers l'ambulatoire





Quelques exemples de DMS d'actes chirurgicaux



Plan d'action régional : deux axes fondateurs

- **A l'interieur des établissements Accompagner le développement des gestes lourds en ambulatoire dans de bonnes conditions de qualité**
- Encourager le passage à la RAAC pour « glisser » vers l'ambulatoire de qualité quand cela est possible, et une sortie de meilleure qualité ET plus précoce en général
- Infirmières coordinatrices
- Maisons d'hebergement temporaire non médical « hotels »
- Appel à projet « chir ambu-RAAC » 2016: partenariats inter etablissements, ville hopital, etc...
- Contrôles: suivi du taux d'ambu, MSAP

A l'extérieur des établissements Accompagner le développement de nouvelles organisations de prises en charge post-opératoires

- Création d'un SI partagé dans le ROR « terminal chir ambu »
- Création d'un annuaire des infirmières formées sur des aspects spécifiques
- Encourager les formations type « e learning »
- Applications mobiles de suivi en ville
- Plates formes territoriales d'appui
- Formations diplômantes: master spécialisé en coordination
- Réseau de déclaration des near miss en raac/ambu lors du retour à domicile
- Travailler avec les URPS infirmier, médecin, kiné, etc…

Première consultation chirurgicale: éligibilité

Passeport avec
Checklist des éléments à valider avant la prochaine consultation:

- Eligibilité sociale
- Eligibilité cognitive
- Eligibilité medicale
- Messagerie securisee vers le MT pour possibilité de retour d'info (rcp asynchrone)
- Identite de tous les intervenants post op :kine, IDEL (formation possible), MT,
- assistante sociale, pta/réseau
- Prescriptions de soins infirmiers précis et consultation infirmière idel préop
- Journal de bord pour préhabilitation (exercice physique, kiné, etc…)

Deuxième consultation: cs anesthésiste et vérification checklist

Validation de la possibilité de l' ambulatoire
Confirmation programmation et organisation
Prescriptions post op

Appel j-1: verification ultime

Confirmation vers idel, patient, reseau

J0: chirurgie

Compte rendu opératoire, feuille de liaison envoyé par messagerie sécurisée Vers idel mt +/- kiné
Nouvelles Prescriptions si evenement imprévu

Post op: fiche d'évaluation J+ 7?

l'idel à la fin de la prise en charge prévue (dernier soin) envoie au chir
Et au mt et urps ide? une fiche d'évaluation (**satisfaction++**, récupération
J1: trop tôt pour satisfaction/evenement indésirable)

Actions régionales : soutenir la création/diffusion des réseaux de PEC à domicile, et diffuser les actions innovantes organisationnelles sur la sécurité du retour à domicile pour les gestes lourds : exemples d'actions

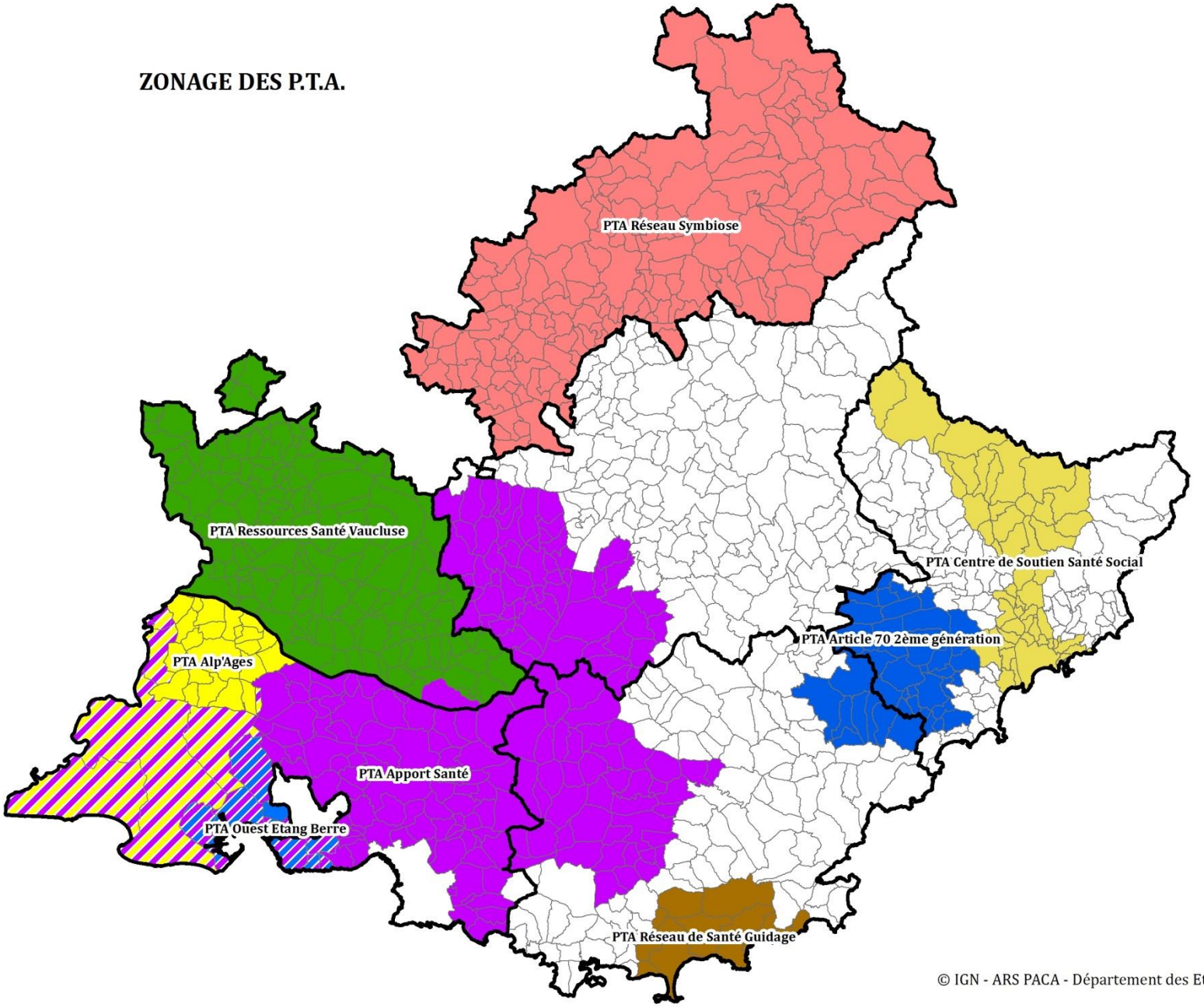
- Création/diffusion de *réseaux d'infirmières spécialisées* dans la gestion de post-op lourd à domicile

Ex : cathéters péri-nerveux à domicile

Ex : gestion de cathéters péricicatriciels et surveillance de parois post mastectomies

- Généralisation des *plates formes d'appui,* comme interlocuteurs des ES pour gérer la sortie à domicile, en lien avec PRADO (complémentarité)
- Création d'hébergements temporaires non médicalisés , appel à projet mars 2017

ZONAGE DES P.T.A.



© IGN - ARS PACA - Département des Etudes, Enquêtes et Evaluations

formation

- masterclass RAAC, ALR, chirurgie, UCA innovantes etc…
- DU interuniversitaire « ambulatoire » : en cours de discussion avec les facultés, et MOOC faculté de médecine et IPC
- Formation pour les généralistes et paramédicaux libéraux: les nouvelles techniques chirurgicales, le déroulement d'un post op « normal », « raac à la maison », gestion de la douleur , alr, les complications les plus fréquentes, etc…

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Groupe de travail « chirurgie ambulatoire » : Cahier des charges d'une surveillance clinique informatisée en ville: que surveiller, que remonter, qui reçoit, qui traite ?

- Utiliser les smartphones car taux d'équipement des idel 100% et élevé chez les patients
- Seule l'info lue et traitée doit être collectée
- Privilégier l'automatisation de messages aux patients et d'alertes automatisées vers établissement (infirmiere coordinatrice) en cas de réponse hors normes
- Interêt d'un terminal sécurisé Hebergeur Données de Santé régional « chir ambu »

Groupe de travail « chirurgie ambulatoire » :Quelle place pour les différentes applications de suivi du patient en ville : smartphone , dossier partage en ligne

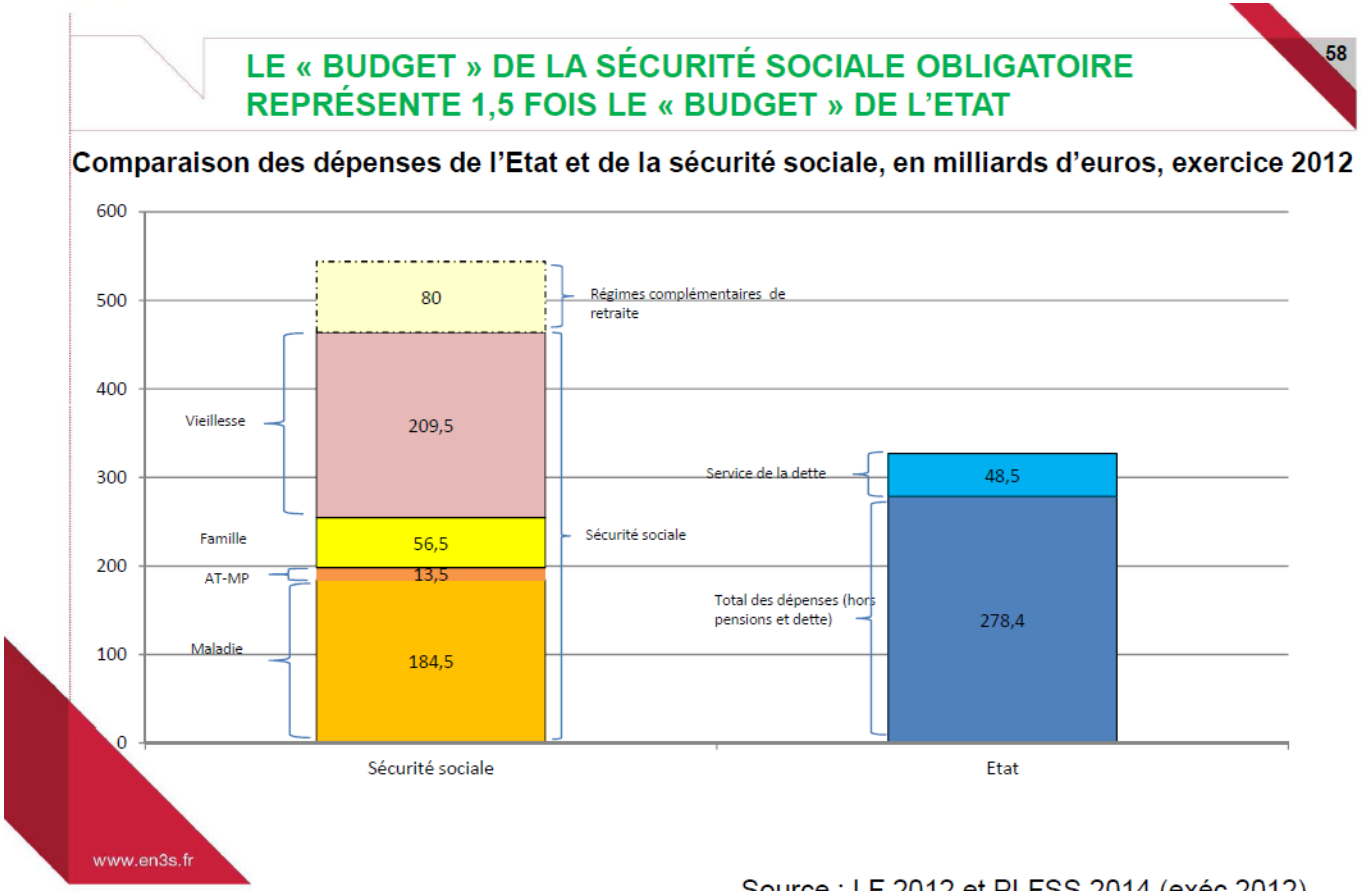
- **Applications smartphones** : pour tous les patients (taux équipement des infirmieres ~100%)

  « Appel « du lendemain

  Evaluation de la satisfaction J8 de manière automatisée . Si basse, suivi J30, sinon inutile

- **SI partagés plus lourds:** partage de données incrémentées avec formulaire, cro/crh, suivi/constantes, etc… patients plus lourds ou complexes (chirurgie lourde, polypathologies, raac…)

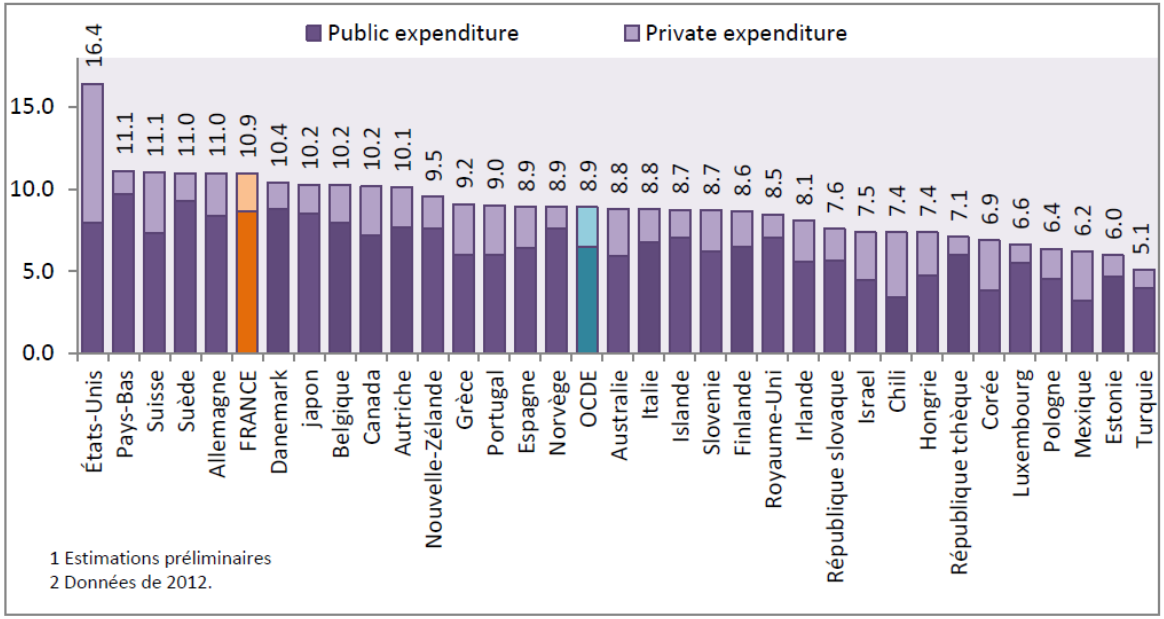
Dépenses en milliards



Source : LF 2012 et PLFSS 2014 (exéc 2012)

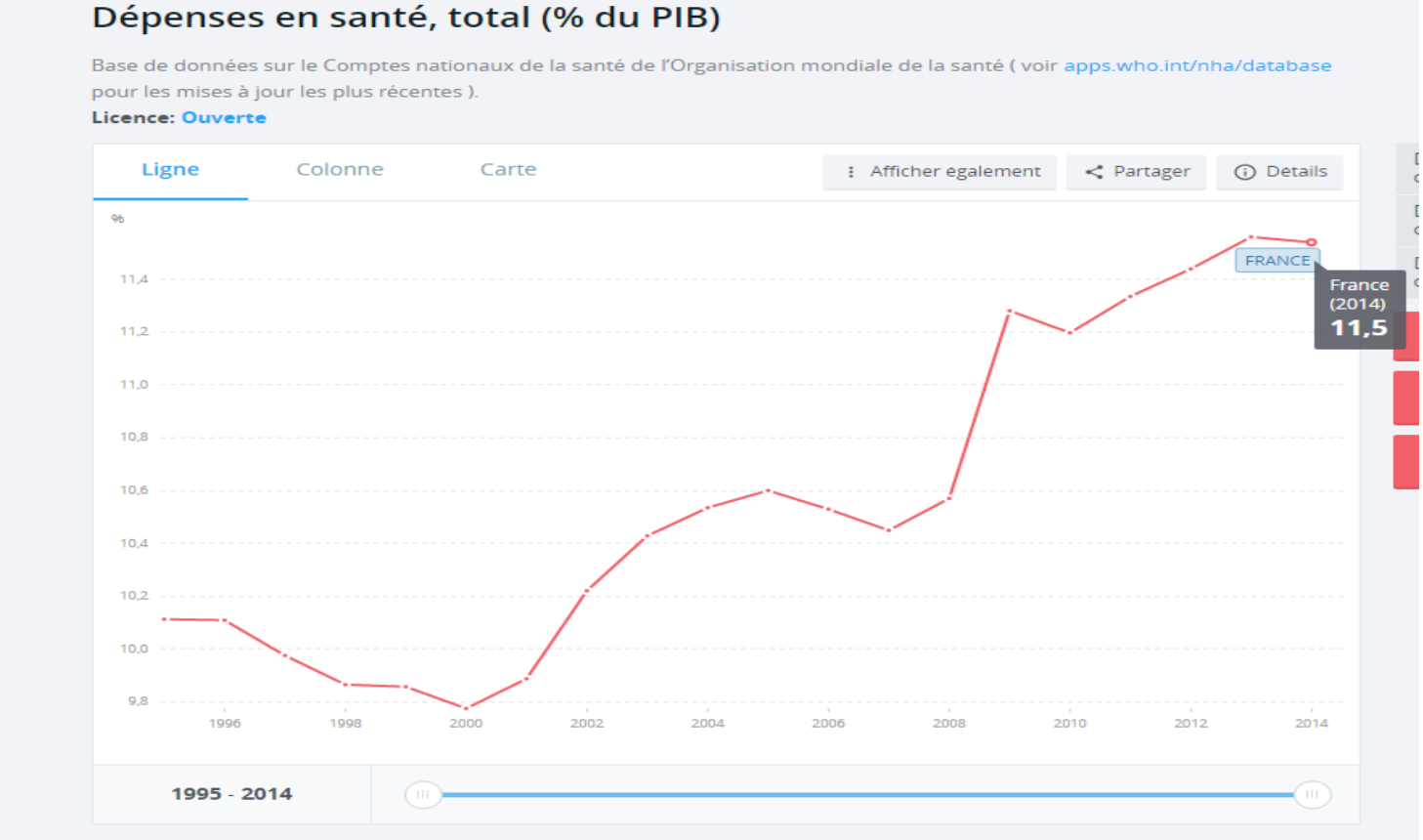
La France dépense plus pour sa santé que la moyenne OCDE : il n'y a pas de coupes sombres, mais une optimisation (le juste soin au bon patient)

Graphique 2. Dépenses de santé* en pourcentage du PIB, 2013



** Dépenses de capital non comprises.*
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

Evolution des dépenses de sante en % du PIB en France (source: world bank) (même tendance mondiale)

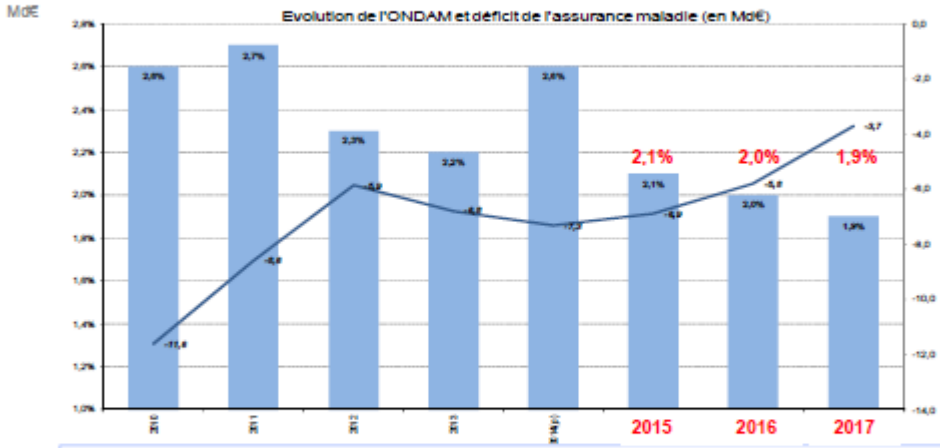


Évolution « votée » des dépenses de santé (LFSS)

PRESENTATION GENERALE

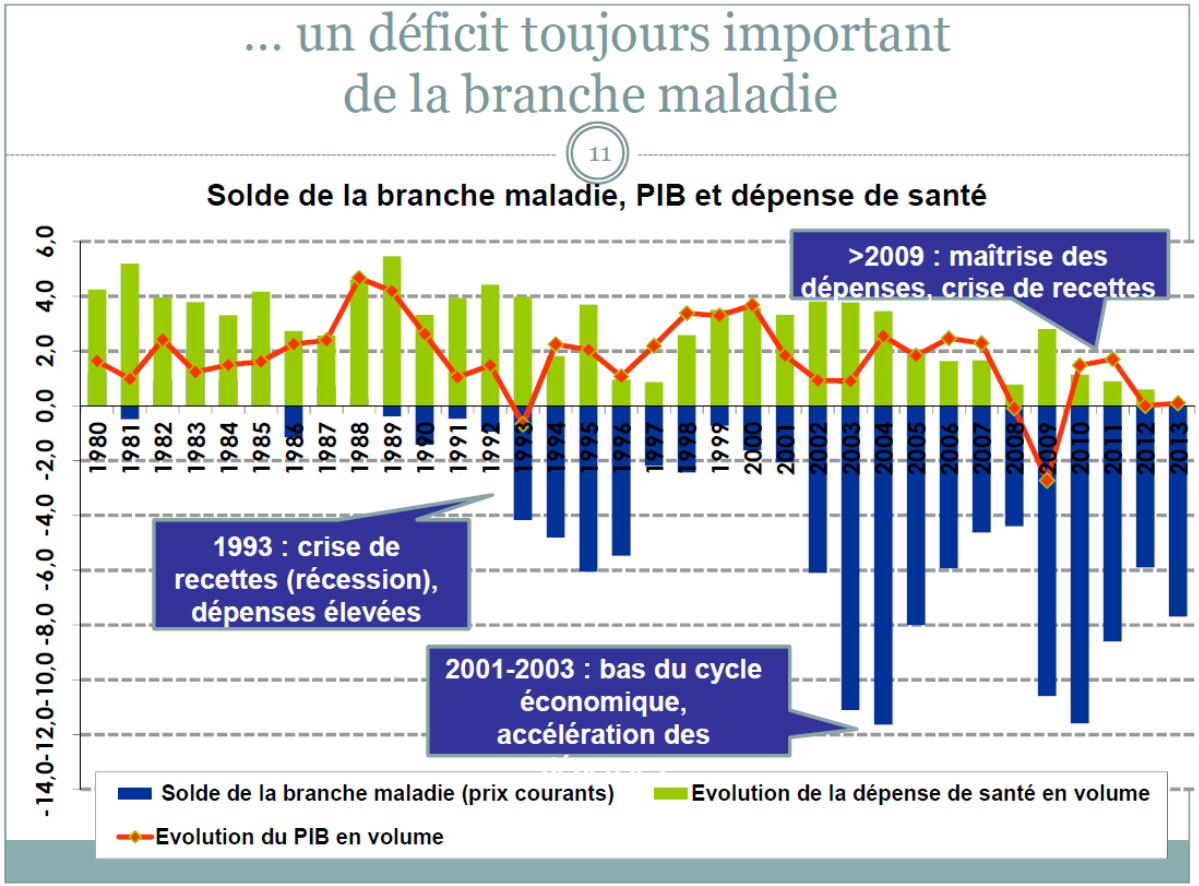
Un impératif de maîtrise des dépenses de santé :
L'ONDAM limité à 2,0% en moyenne à horizon 2017

Evolution de l'ONDAM (exécuté) et du déficit de l'assurance maladie



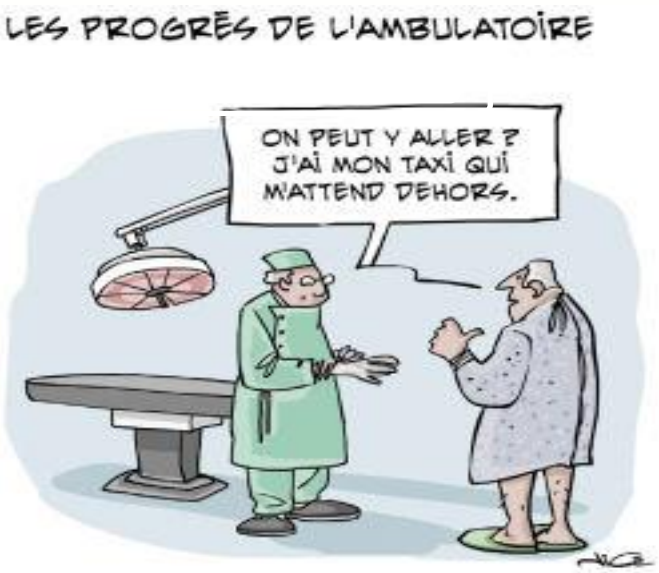
En 2014 le déficit de l'AM s'élève à 7,3 Mds€, avec un ONDAM fixé à 2,6%. Si le déficit s'est réduit (-11,6 Mds en 2010), des efforts importants restent à faire.
Afin de ramener le déficit en 2017 à 3,7Mds, l'ONDAM est ainsi fixé à :
- 2,1% en 2015
- 2,0% en 2016
- 1,9% en 2017

…les dépenses sont désormais contrôlées (« que » 1,9% d'augmentation) mais les recettes baissent…



Conclusion: le développement de l'ambulatoire, un gage de développement de la qualité en chirurgie

Ambulatoire avec économies forcées

NON!!

Les progrès de la chirurgie