

L'importance de la chirurgie ambulatoire dans une vision globale sur la santé publique

Belgian Association of Ambulatory Surgery



Professeur Patrick De Coster

patrick.decoster@uclouvain.be

GOUVERNEMENT WALLON

CABINET DU VICE-PRÉSIDENT DU GOUVERNEMENT WALLON ET MINISTRE

DES TRAVAUX PUBLICS, DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DU PATRIMOINE

MAXIME PRÉVOT

27/02/2015

Z Plan : 3 axes

III. LIMITES ET PERSPECTIVES

I. L'IMPORTANCE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

II. DANS UNE VISION GLOBALE
SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

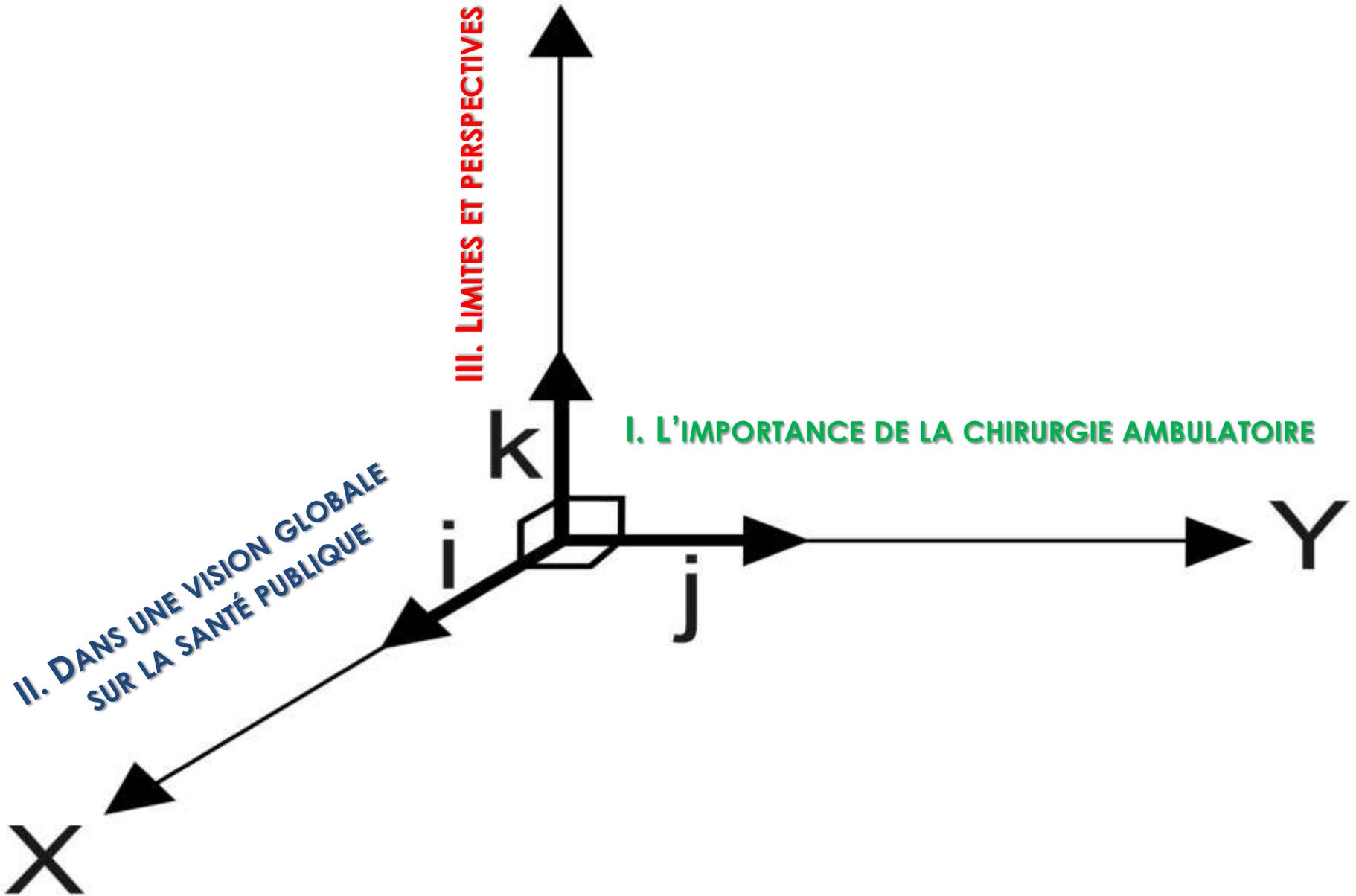
X

Y

k

i

j



I. Importance de la chirurgie ambulatoire





- **1970** – Reed's and Ford's **idea** becomes reality on February 12 when Surgicenter, the nation's **first** freestanding ambulatory surgery facility, opens for business. Five physicians perform five procedures at the facility that day. Four of those procedures require general anesthesia.
- **1973** – The American Society of Anesthesiologists (ASA) establishes some of the first standards : “**Guidelines for Ambulatory Surgical Facilities,**
- **1975-76** – **Rapid growth.** A total of 42 surgery centers were in operation in the United States by 1975 and an additional 25 facilities opened in 1976.
- **2011** – More than **5,300** ASCs in the United States perform **23 million surgeries annually.**

Chirurgie ambulatoire = « trendy »



International Association
for Ambulatory Surgery

See: <http://www.iaas-med.com/index.php/about-us/what-lies-in-the-future>

- Ambulatory Surgery will expand worldwide.
- The excellence of ambulatory surgery will be based in a multiprofessional organization centered in patient care service.
- Minimally-invasive surgery will revolutionize conventional surgery.
- Global quality, policy and control will become a reality.
- All staff working in dedicated Ambulatory Surgery Units will require specific training.
- Anaesthetic agents, anti-emetics and analgesic drugs will need to be developed to meet this challenge.
- Sedo-analgesia and regional anesthesia may expand.
- Evidence based medicine will lead us to best practices and results of excellence in day care.

See: <http://www.iaas-med.com/index.php/about-us/what-lies-in-the-future>

A.S. = \$\$\$ & employment

Ambulatory Surgery Centers in the US: Market Research Report

Market Research • Market Size • Industry Statistics • Industry Analysis • Industry Trends

Ambulatory Surgery Centers Market Research Report Life Sciences | Health Practitioners Dec 2014

Quality care: Favorable legislation and an increasing aging population, will accelerate growth

The Ambulatory Surgery Centers market research report provides key industry analysis and industry statistics, measures market size, analyzes current and future industry trends and shows market share for the industry's largest companies. IBISWorld publishes the largest collection of industry reports so you can see an industry's supply chain, economic drivers and key buyers and markets.

-  **PURCHASE OPTIONS**
-  **VIEW SAMPLE**
-  **CONTACT US**
1-800-330-3772
-  **REQUEST A DEMO**

Report Snapshot

Market Share of Companies

Industry Statistics & Market Size

Revenue	Annual Growth 09-14	Annual Growth 14-19
\$27bn	5.8%	X.X% 
Profit	Employment	Businesses
X.X% 	161,768	4,642

Industry Analysis & Industry Trends

The Ambulatory Surgery Centers (ASC) industry has grown rapidly in the midst of difficult economic conditions. ASCs thrived because of efficient cost structures and the increasing ability of centers to treat patient needs. However, industry growth was mitigated by a decreasing number of Americans with private healthcare. Nonetheless, industry growth is expected to accelerate over the next five years

"[IBISWorld] is a valuable resource with assisting us in current market trends in various client environments."

Marshall & Stevens

Select Clients

« Ambulatory surgery » rime avec « trendy »

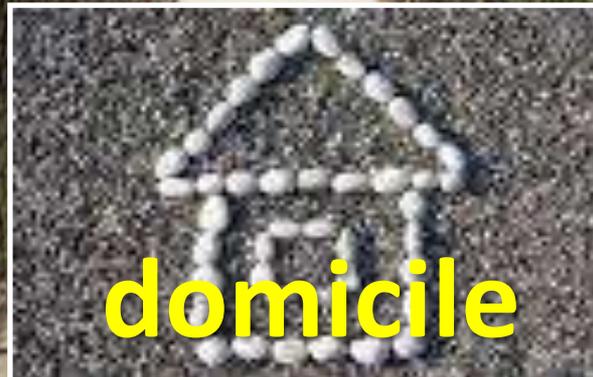


CHIRURGIE
AMBULATOIRE

Convalescence

Alt H – HAD ?

Soins 1^{ère} ligne





Wallonie

Portail de la Recherche et des Technologies en Wallonie :



Tania propose, l'anesthésiste dispose
Médecine

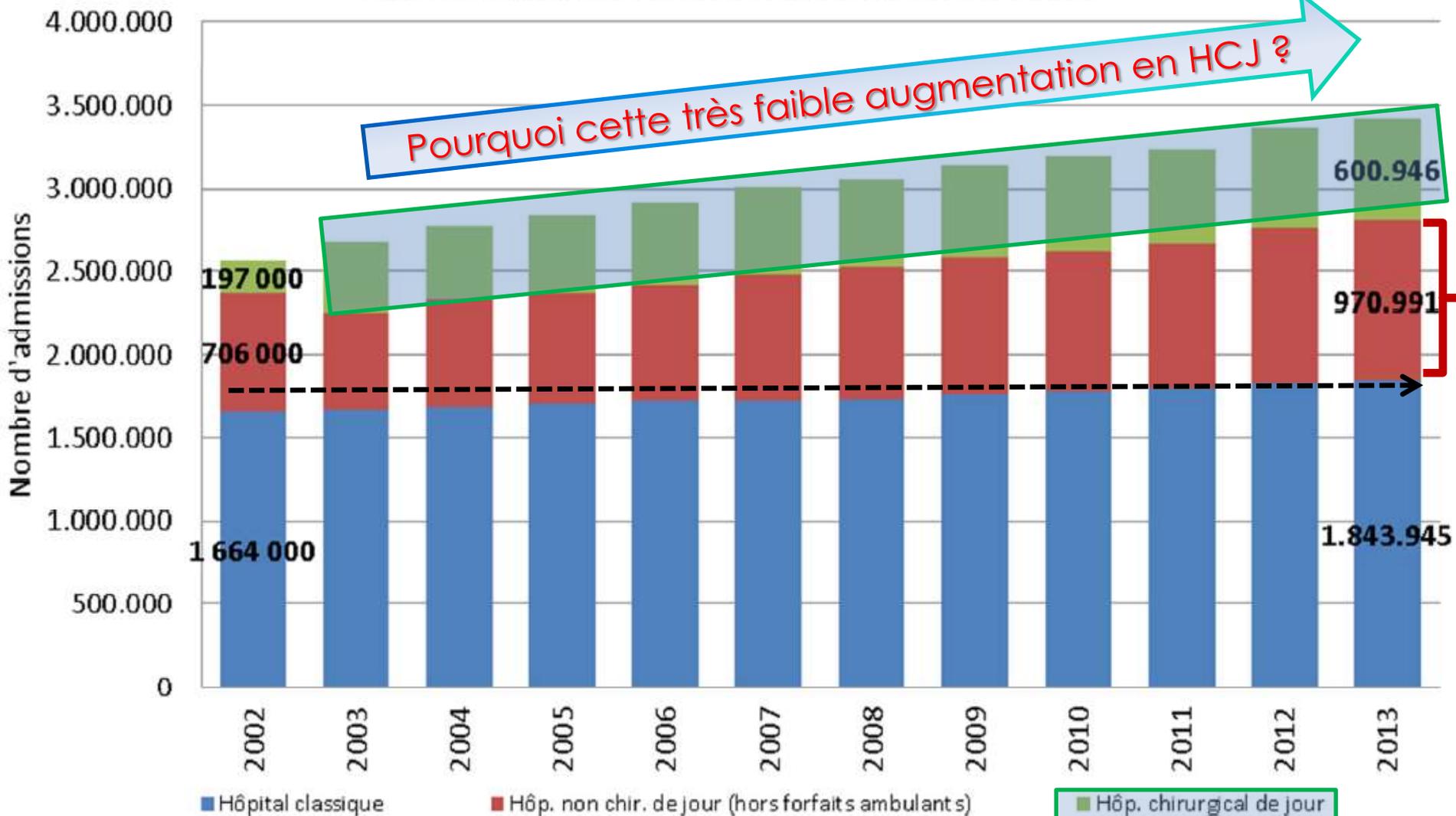
La sécurité des anesthésies n'a cessé de se renforcer au cours des deux dernières décennies. Néanmoins, un système d'aide à la conduite de l'anesthésie pourrait se révéler utile, notamment pour accroître la précision dans la délivrance des drogues hypnotiques, analgésiques et curarisantes. D'où le projet Tania, financé par la Région wallonne.

Source :

http://www.mims.be/images/section-PDFs/Tania_propose_anesthesiste_dispose.pdf

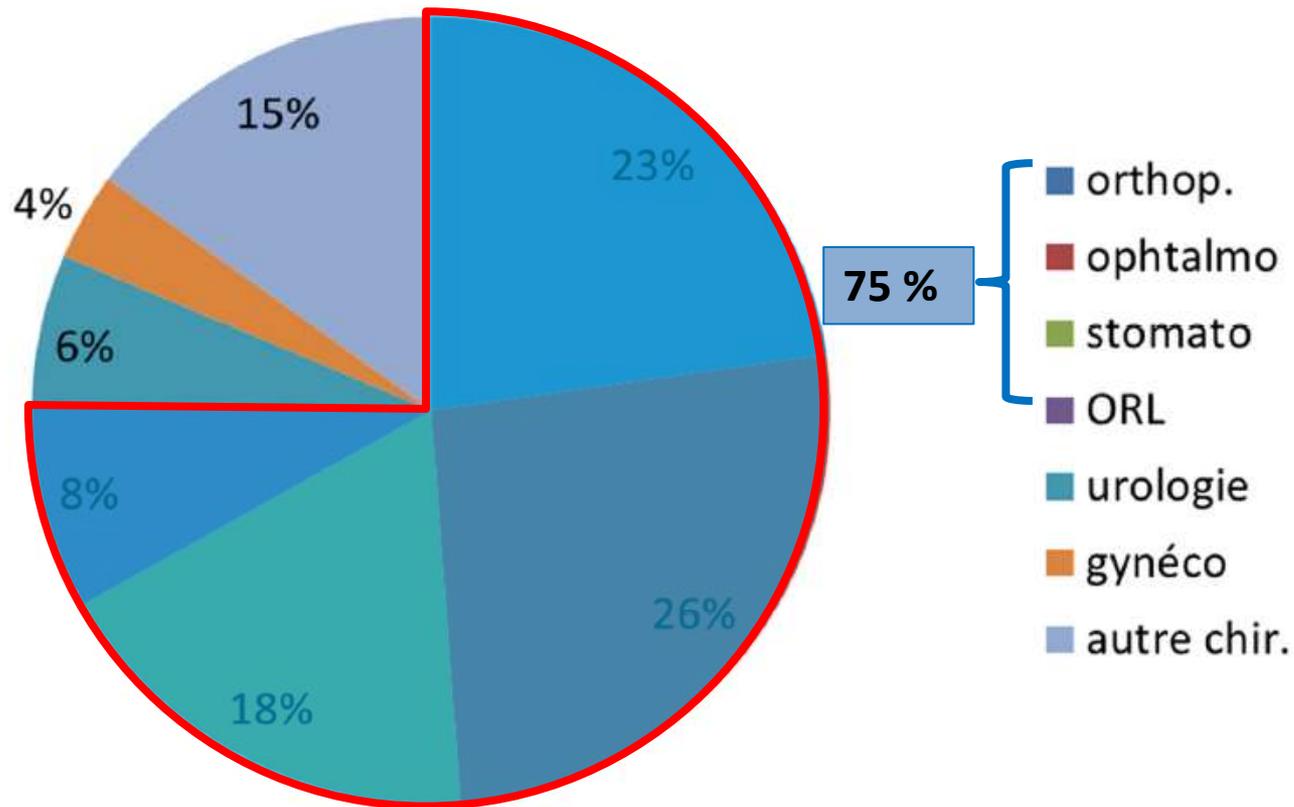
Graphique 1 : Evolution 2002 – 2013 du nombre d'admissions en Belgique

Evolution nombre d'admissions

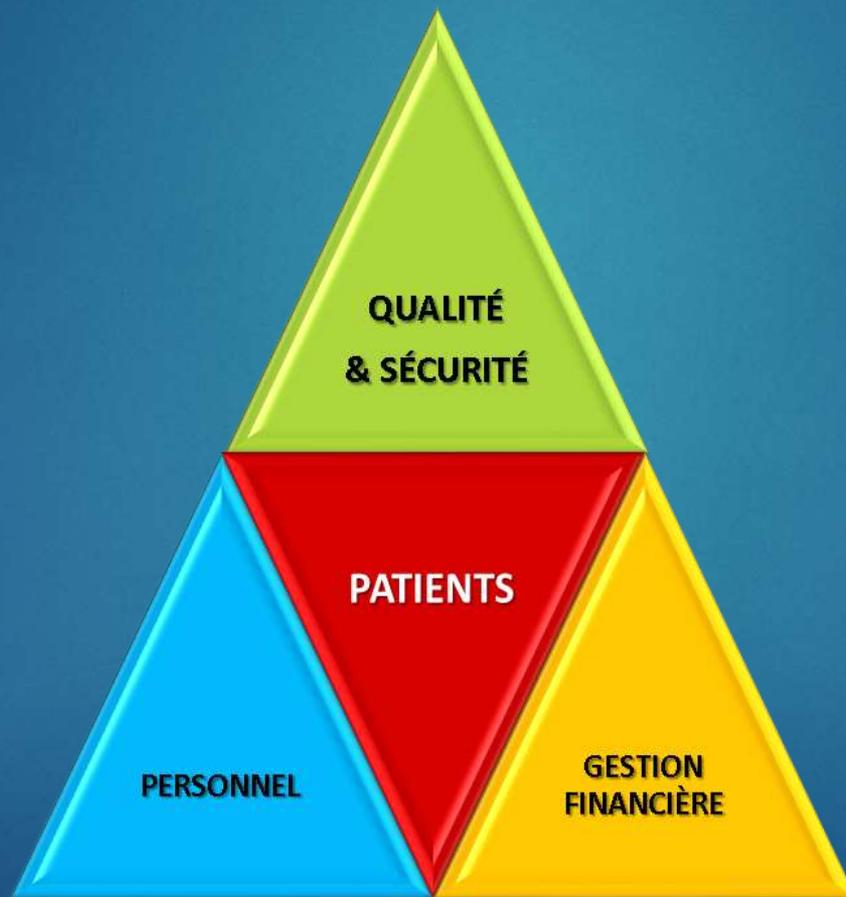


Graphique 2 : Répartition par pathologie des admissions en hôpital chirurgical de jour

**Hôpital chirurgical de jour:
Proportion d'admissions par pathologie, 2013**



II. Et ce dans une vision globale sur la santé publique



Quelques paradoxes



Quelques paradoxes (I)

1. Hospitalisation classique = beaucoup plus cher au gouvernement qu'un séjour en Hôpital de jour chirurgical.
 2. La réglementation APR-DRG devient de + en + contraignante en matière de durée de séjour.
 3. On veut « faire sortir » les patients + tôt mais :
 - a) Les alternatives HAD /Alt-H ne sont pas encore opérationnelles.
 - b) Les familles, quand elles existent encore, sont de moins en moins « réceptives » à faire de « l'intérim » (cf. aidants proches).
- 

Quelques paradoxes (II)

Coût hospitalisation classique en 2013

- ↗ de **2 %** en chambre individuelle
- ↘ de **6 %** en chambre commune ou à deux lits.

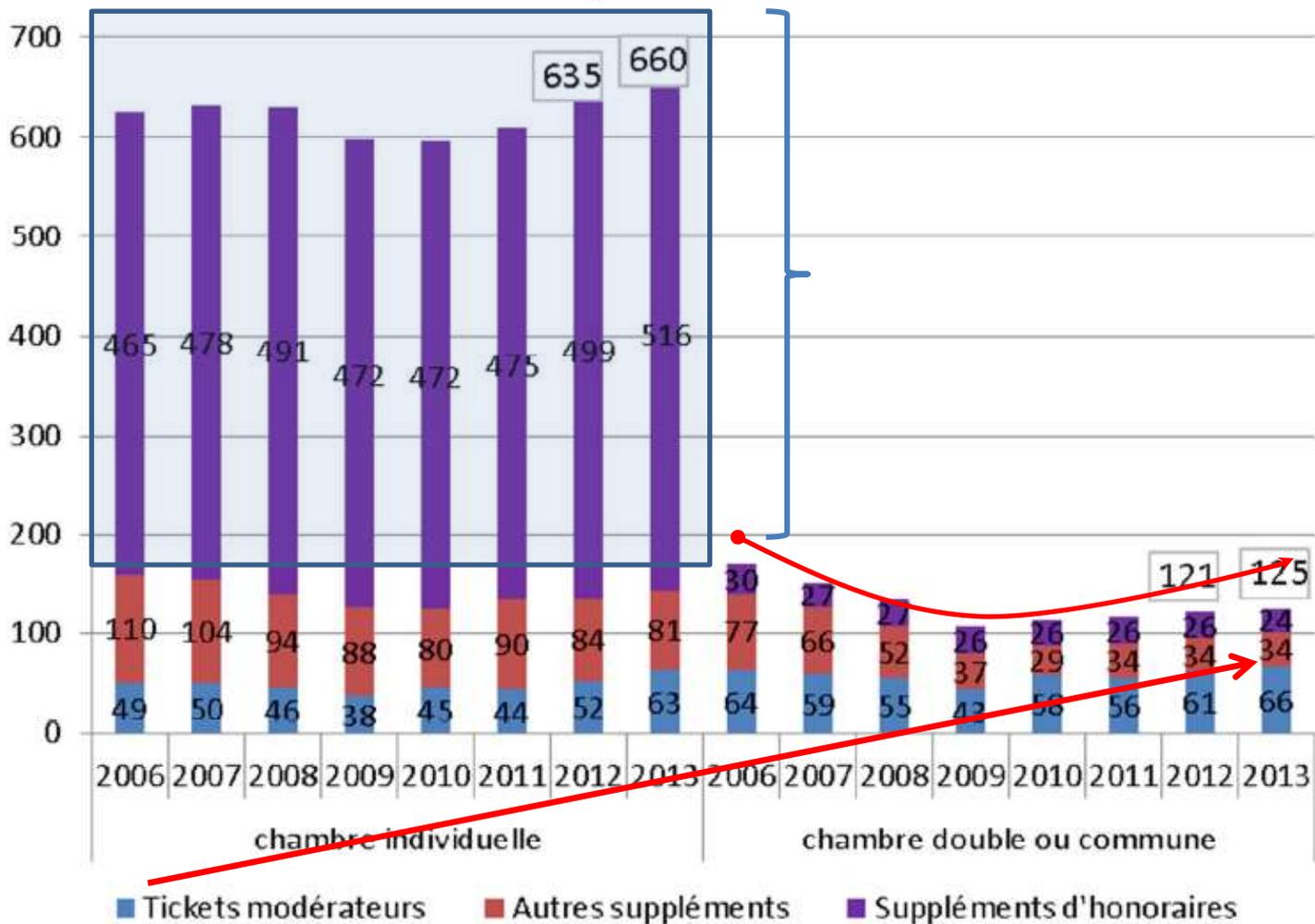
Coût hospitalisation de jour en 2013

- ↗ de **5%** pour les interventions chirurgicales
- ↗ de **8%** pour les interventions non-chirurgicales

Explication : évolution des supplé^{ts} d'honoraires + prix du matériel médical + TM. **Ex** : arthroscopies & ablat^o-ménisque

Quelques paradoxes (III)

Evolution de la facture patient en hôpital chirurgical de jour, prix 2013



III. Limites et perspectives (I)

1. Limites **sur le plan chirurgical**

- a) Responsabilité médico-légale: réticences
- b) Ré-hospitalisations et « reprises »

2. Limites **sur le plan des infrastructures**

- a) Absence d'hôtels hospitaliers
- b) Soins à domicile parfois indisponibles
- c) HAD = « *in construct* »

3. Limites **sur le plan anesthésiologique**

- a) Age & effets secondaires des A.G.

4. Limites **sur le plan psychosocial**

- a. Sollicitation automatique des aidants proches
- b. Personnes seules + vieillissement de la population



Propositions pour l'avenir



Propositions (I)

Au niveau fédéral

Endéans les limites du possible, nous allons tenter de *relayer du régional au fédéral* :

- la mesure selon laquelle l'interdiction de suppléments d'honoraires en chambre à deux lits soit **étendue à l'hospitalisation de jour**.
- Demander de valoriser spécifiquement la nomenclature pour les actes posés en HCJ.
- Diminuer le T.M. pour la chirurgie ambulatoire.

Propositions (II)

Au niveau régional

- La Région wallonne va tenter de valoriser rapidement des « *infrastructures intermédiaires* » de type « **hôtel hospitalier** » (USA; DK,...).
- De promouvoir de l'information vers le patient et les médecins (généralistes et spécialistes) relative l'évolution de la qualité des soins dans les services de chirurgie ambulatoire.

Merci de votre attention



patrick.decoster@uclouvain.be

Avec la collaboration du Prof. P. Janne