

## SYNTHÈSE

# COMMENT ACCROÎTRE LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE JOUR EN BELGIQUE ?





## SYNTHÈSE

# COMMENT ACCROÎTRE LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE JOUR EN BELGIQUE ?

ROOS LEROY, CÉCILE CAMBERLIN, MÉLANIE LEFÈVRE, PATRIEK MISTIAEN, KOEN VAN DEN HEEDE, STEFAAN VAN DE SANDE, CARINE VAN DE VOORDE, CLAIRE BEGUIN





## ■ PRÉFACE

« Bonjour Madame, nous voici donc à trois semaines de la date fixée pour votre opération. C'est le bon moment pour réfléchir à la formule que vous choisirez : la chirurgie de jour, ce qui vous permet de rentrer chez vous en fin d'après-midi, ou un séjour classique avec une nuit à l'hôpital et retour chez vous le lendemain en début d'après-midi ? »

Entend-on souvent ce genre de conversation? Nous parions que non. Et comme le patient sera bien en peine de se forger clairement une opinion, ce seront vraisemblablement des éléments pratico-pratiques qui lui souffleront de choisir l'une ou l'autre option. Mais, avouons-le, il se pliera sans doute de bonne grâce aux habitudes de la maison.

Et les habitudes de la maison – notre étude de 2012 sur l'hospitalisation de jour nous l'avait déjà bien montré – sont en grande partie déterminées par les incitants financiers d'un système devenu bien trop complexe et dénué de logique. De quel droit devrait-on s'attendre, d'ailleurs, à ce qu'un hôpital ou un chirurgien scie lui-même la branche sur laquelle il se tient ? Et ce pendant que les autorités encaissent les bénéfices et que le résultat final, pour le patient, est probablement le même ?

Une politique qui veut favoriser davantage les soins ambulatoires – s'inscrivant par-là dans une tendance largement suivie au niveau international – doit résolument placer les incitants à la juste place, tisser les filets de sécurité nécessaires et œuvrer à ce que les capacités d'accueil de la première ligne atteignent le niveau souhaité. La réforme actuellement en cours du financement des hôpitaux, pardon, de tout le paysage hospitalier, offre peut-être ici une fenêtre d'opportunité unique. Et notre impression est que c'est bien ainsi que l'on voit les choses sur le terrain. En témoigne la réponse franche et massive des cliniciens à notre appel : pas moins de 145 chirurgiens et anesthésistes ont trouvé, malgré leurs horaires fort chargés, le temps de répondre à notre enquête en ligne ou de se joindre à 11 groupes de travail pour réfléchir avec nous à l'hôpital chirurgical de jour de demain. Cela donne à notre rapport un ancrage particulièrement solide. Nous souhaitons ici encore une fois les remercier chaleureusement pour leur contribution et pour les discussions passionnantes que nous avons pu avoir avec eux.

Christian LÉONARD  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ MESSAGES CLÉS

- Au cours des dernières décennies, la chirurgie de jour n'a cessé de gagner en importance dans les pays occidentaux. Il subsiste néanmoins de **grandes différences entre pays** mais aussi entre hôpitaux d'un même pays. Pour certaines interventions (par exemple l'opération de la cataracte ou l'ablation des amygdales), la Belgique réalise des scores similaires à ceux de la plupart des autres pays, alors que pour d'autres, elle pourrait encore faire nettement mieux.
- On observe une **variabilité considérable, entre les hôpitaux belges**, du pourcentage d'interventions électorives réalisées en chirurgie de jour. Même pour les interventions dont le pourcentage national de chirurgie de jour est élevé (par exemple pour la pulvérisation de calculs rénaux ou l'ablation des amygdales palatines et pharyngiennes), certains hôpitaux ne suivent pas la tendance à la hausse. Pour certaines interventions, le pourcentage varie même entre 0% et 100% (sur la période 2011-2013).
- **Différents obstacles** entravent le recours à la chirurgie de jour en Belgique. Le système de financement actuel, particulièrement complexe et opaque, ne l'encourage pas. Les barrières organisationnelles et logistiques, tant au sein de l'hôpital qu'au niveau des soins ambulatoires, constituent également un obstacle majeur. Enfin, la force de l'habitude au sein des équipes médicales et l'absence (d'application) de recommandations *evidence-based* ne doivent pas être sous-estimées.
- Si l'on veut choisir d'accroître la chirurgie de jour en Belgique, plusieurs conditions doivent être mises en place:
  - Un **système de financement cohérent** qui encourage financièrement la chirurgie de jour tout en dissuadant l'effet d'aspiration des procédures qui peuvent être réalisées en cabinet de consultation ;
  - Une **séparation claire** entre, l'hospitalisation chirurgicale de jour (avec son organisation autonome de processus de soins) et l'hospitalisation classique ;
  - Le développement de **recommandations de pratique clinique et de trajets de soins** et le suivi de leur mise en application ;
  - Une bonne **communication** avec le patient et son aidant proche, son médecin généraliste, l'infirmier à domicile, le kinésithérapeute et le pharmacien, ainsi qu'une offre de **formations adéquates** afin que les soins postopératoires puissent être administrés de manière optimale en dehors de l'hôpital ;
  - Un **système de feedback** par lequel les hôpitaux et les prestataires de soins sont informés de leurs propres pourcentages de procédures réalisées en chirurgie de jour et comparés aux autres hôpitaux et prestataires de soins (*benchmarking*) ainsi qu'un **monitoring** de certains paramètres de qualité (par exemple les réadmissions non programmées, séjour non planifié en hospitalisation classique, retour aux urgences) ;
  - Un choix entre la chirurgie de jour et l'admission classique qui soit **financièrement neutre** pour le patient.



## ■ SYNTHÈSE

### TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE .....	3
1.	ÉTAT DES LIEUX ET CONTEXTE.....	5
1.1.	QU'APPELLE-T-ON CHIRURGIE DE JOUR ? .....	5
1.2.	UNE TENDANCE CROISSANTE.....	5
1.3.	QUELS SONT SES AVANTAGES ? .....	5
1.4.	À QUELS PATIENTS S'ADRESSE-T-ELLE ? .....	5
1.5.	LA CHIRURGIE DE JOUR A ENCORE UNE MARGE DE PROGRESSION EN BELGIQUE.....	6
1.6.	S'ENTENDRE SUR LES DEFINITIONS .....	6
1.7.	COMMENT L'ÉTUDE S'EST-ELLE DÉROULÉE ?.....	6
2.	LA CHIRURGIE DE JOUR DANS UNE PERSPECTIVE INTERNATIONALE .....	7
2.1.	LES OPERATIONS DE LA CATARACTE ET L'ABLATION DES AMYGDALES DANS LE PELOTON DE TÊTE EUROPÉEN.....	7
2.2.	TRÈS FAIBLE SCORE POUR LA CHOLÉCYSTECTOMIE ET L'ABLATION PARTIELLE D'UNE GLANDE MAMMAIRE .....	7
3.	SITUATION EN BELGIQUE .....	8
3.1.	VARIABILITÉ INTERDISCIPLINAIRE ET INTERRÉGIONALE .....	8
3.2.	VARIABILITÉ ENTRE LES HÔPITAUX BELGES.....	9
3.3.	QUELS SONT LES FACTEURS EXPLIQUANT CETTE VARIABILITÉ ? .....	12
3.4.	INTERPRÉTATION DES DONNÉES BELGES : LA PRUDENCE EST DE MISE.....	12
4.	QUELS SONT LES OBSTACLES À UN RECOURS ACCRU À LA CHIRURGIE DE JOUR EN BELGIQUE ?.....	14



4.1.	LE SYSTÈME DE FINANCEMENT COMPLEXE ET OPAQUE QUI N'ENCOURAGE PAS LA CHIRURGIE DE JOUR.....	14
4.2.	LES OBSTACLES ORGANISATIONNELS DANS LES HOPITAUX.....	19
4.3.	LES OBSTACLES ORGANISATIONNELS EN SOINS AMBULATOIRES ET DES ENTRAVES MEDICO-JURIDIQUES .....	20
4.4.	LES PREFERENCES ET HABITUDES CLINIQUES DES EQUIPES MEDICALES ET LE MANQUE DE RECOMMANDATIONS <i>EVIDENCE-BASED</i> .....	20
4.5.	LA CHIRURGIE DE JOUR NE CONVIENT QUE POUR LES PATIENTS BENEFICIANT D'UN SOUTIEN ADEQUAT .....	21
4.6.	LES PREFERENCES ET LE CONFORT DU PATIENT .....	21
<b>5.</b>	<b>PROPOSITIONS EN VUE D'ACCROÎTRE LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE JOUR .....</b>	<b>21</b>
5.1.	SOUTENIR LA CHIRURGIE DE JOUR PAR DES INCITANTS FINANCIERS .....	21
5.2.	SOUTENIR ET AMELIORER L'ORGANISATION ET LA LOGISTIQUE .....	23
5.3.	RECOMMANDATIONS CLINIQUES ET DES TRAJETS DE SOINS .....	23
5.4.	INFORMER LES PARTIES CONCERNEES ET LEUR PROPOSER DES FORMATIONS ADAPTEES.....	24
5.4.1.	Les équipes hospitalières.....	24
5.4.2.	Le patient.....	24
5.4.3.	Soins ambulatoires.....	24
5.4.4.	Clarification de la responsabilité médico-juridique.....	24
5.5.	SURVEILLER LA QUALITE PAR LA COLLECTE DE DONNEES, LE MONITORING ET LE FEEDBACK .....	24
5.6.	NE PAS REPERCUTER LES COUTS SUR LE PATIENT.....	25
■	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>26</b>



## 1. ÉTAT DES LIEUX ET CONTEXTE

### 1.1. Qu'appelle-t-on chirurgie de jour ?

On parle de chirurgie de jour quand un patient quitte l'hôpital le jour-même d'une opération. Les interventions sont réalisées dans un centre chirurgical de jour disposant d'une infrastructure opératoire à part entière. Des exemples d'opérations souvent pratiquées en chirurgie de jour sont l'insertion de drains transtympaniques (myringotomie), la chirurgie de la cataracte et la stérilisation chez l'homme.

### 1.2. Une tendance croissante

La chirurgie de jour n'a cessé de gagner en importance dans les pays occidentaux au cours des dernières décennies, essentiellement grâce aux progrès des techniques chirurgicales, anesthésiques et analgésiques. Ainsi par exemple, on recourt ainsi de plus en plus à des méthodes moins invasives (par exemple, la laparoscopie au lieu de la chirurgie « ouverte »), avec une plaie opératoire beaucoup plus petite, qui guérit donc plus vite. Les anesthésiques à plus courte durée d'action réduisent la somnolence et les nausées ressenties après le réveil. Mais, dans beaucoup de pays, ce sont aussi des évolutions dans les pratiques cliniques et les attitudes des équipes médicales (par exemple, une mobilisation plus précoce et une reprise plus rapide de l'alimentation) et des stimulants financiers qui ont contribué à substituer la chirurgie de jour à la chirurgie classique et à favoriser la création de centres chirurgicaux de jour dotés de leurs propres équipes et de trajets de soins spécifiques.

### 1.3. Quels sont ses avantages ?

La chirurgie de jour est **sûre** dans un grand nombre d'indications chirurgicales. Même pour des patients porteurs d'une affection chronique stable (diabète, asthme, épilepsie), elle est un choix à privilégier chaque fois que c'est possible car elle n'occasionne qu'une interruption minimale dans leur routine quotidienne, en particulier dans leur schéma de médication. Elle diminue également le risque d'infection parce que les patients passent moins de temps à l'hôpital et qu'ils sont traités dans des lieux séparés de ceux où sont hospitalisés les malades plus gravement atteints. Les patients qui ont subi une intervention dans un centre chirurgical de jour recouvrent également plus vite leur mobilité.

La chirurgie de jour est considérée comme **plus coût-efficace** parce qu'elle ne nécessite pas la présence de personnel en dehors des heures d'ouverture du centre de jour et que le patient fait un usage moindre des services « hôteliers » de l'hôpital (repas, boissons, literie, chauffage, etc.). Parallèlement, elle permet d'employer le personnel et les infrastructures de l'hôpital de façon plus intensive et plus rationnelle parce que les interventions les moins lourdes sont concentrées dans le centre de jour, les lits « classiques » de l'hôpital restant libres pour les opérations ou traitements plus lourds, quand ils ne sont pas tout simplement supprimés.

### 1.4. À quels patients s'adresse-t-elle ?

L'éligibilité d'un patient pour la chirurgie de jour doit faire l'objet d'une **évaluation préopératoire individuelle précise** par l'équipe médicale et elle doit toujours se décider en concertation avec le patient. Cette évaluation préopératoire doit avoir lieu à temps afin qu'il soit possible de prendre en compte les éventuelles comorbidités et d'informer et de préparer suffisamment le patient. La sélection des patients pour la chirurgie de jour ne doit pas être fondée sur des valeurs-seuils arbitraires telles que l'âge, l'IMC (indice de masse corporelle) ou le poids, mais sur des critères médicaux et sociaux reposant sur des recommandations récentes. En effet, même si une intervention est parfaitement réalisable - d'un point de vue médical - en chirurgie de jour, il faut encore s'assurer que le patient peut bénéficier d'un soutien suffisant à domicile et qu'il est en état de comprendre et de respecter les instructions concernant les soins postopératoires.



### 1.5. La chirurgie de jour a encore une marge de progression en Belgique

Bien que la chirurgie de jour soit en progression partout, il subsiste de grands écarts entre pays ou entre hôpitaux d'un même pays (voir point 2). En Belgique aussi, la chirurgie de jour dispose encore d'une marge de progression. L'un des objectifs du Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux belges (avril 2015) de l'actuelle ministre des Affaires sociales et de la Santé publique vise dès lors à diminuer le nombre d'hospitalisations classiques en misant davantage sur la chirurgie de jour.

Notre étude a été réalisée à la demande de la ministre et s'inscrit dans le plan d'action évoqué plus haut. Dans cette étude, nous avons tenté de répondre aux deux questions suivantes :

1. quelles sont les interventions électives (programmées) qui peuvent être réalisées de manière sûre en chirurgie de jour en substitution d'une hospitalisation classique ?
2. comment peut-on accroître la part de la chirurgie de jour ?

Seules les interventions de chirurgie élective (planifiées) ont été prises en compte dans cette étude. Les interventions non chirurgicales en hospitalisation de jour (dialyse, traitements oncologiques...), la chirurgie d'urgence et la chirurgie ambulatoire (au cabinet de consultation) n'y sont pas abordés.

### 1.6. S'entendre sur les définitions

Dans la littérature internationale, les termes « chirurgie de jour » et « chirurgie ambulatoire » sont utilisés comme synonymes. Or, dans le cadre belge, la chirurgie ambulatoire ne se pratique pas dans une salle d'opération, mais dans le cabinet de consultation d'un médecin, que ce soit à l'hôpital ou en dehors. Afin d'éviter toute confusion, nous utiliserons dans le présent rapport le terme de « chirurgie de jour » pour désigner exclusivement les interventions réalisées dans un centre chirurgical de jour. Ce faisant, nous nous écartons quelque peu des définitions de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).

### 1.7. Comment l'étude s'est-elle déroulée ?

Pour trouver les réponses aux questions énoncées plus haut, nous avons appliqué les méthodes de recherche suivantes :

- une revue de la littérature internationale sur les risques et l'innocuité de la chirurgie de jour (voir chapitre 4 du Rapport scientifique) ;
- une enquête en ligne adressée aux spécialistes belges de onze disciplines chirurgicales consultées (voir Figure 1) pour demander quelles étaient, à leur avis, les interventions chirurgicales admissibles à la chirurgie de jour (voir chapitre 5 du Rapport scientifique). Dans la présente synthèse nous nommerons ces spécialistes les « experts consultés » (voir colophon) ;
- une analyse de la pratique actuelle, sur la base de données administratives belges (2011-2013) de la Cellule technique (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) – Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) (voir chapitre 5 du Rapport scientifique) ;
- des réunions d'experts avec 11 groupes de spécialistes belges (également repris sous le terme « experts consultés » dans la présente synthèse) au cours desquelles les pratiques actuelles ont été abordées, ainsi que les obstacles limitant un recours accru à la chirurgie de jour (voir chapitre 5 du Rapport scientifique) ;
- une consultation de parties prenantes intervenant dans l'organisation et le financement de la chirurgie de jour en Belgique (voir colophon) ;
- une validation du présent rapport par trois experts scientifiques indépendants, dont deux experts étrangers (voir colophon).



## 2. LA CHIRURGIE DE JOUR DANS UNE PERSPECTIVE INTERNATIONALE

Il ressort des données les plus récentes de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE ; 2014) qu'il existe de grandes différences entre les pays d'Europe occidentale en matière de chirurgie de jour (Rapport scientifique, chapitre 2). Pour certaines interventions, la Belgique obtient des scores similaires à ceux de la plupart des autres pays alors que pour d'autres, elle peut encore faire nettement mieux.

### 2.1. Les opérations de la cataracte et l'ablation des amygdales dans le peloton de tête européen

Dans la **chirurgie de la cataracte**, on enlève la lentille naturelle de l'œil (cristallin) devenue trouble, et on la remplace (le plus souvent) par une lentille artificielle. Dans beaucoup de pays européens, ce type d'acte est essentiellement pratiqué en chirurgie de jour ; c'est aussi le cas en Belgique, avec 95 % des interventions.

La situation est moins homogène pour l'**amygdalectomie** (ablation des amygdales palatines), une intervention surtout réalisée chez l'enfant. Au moins la moitié des patients retournent chez eux le jour même en Finlande (85 %), en Suède (71 %), en Belgique (70 %), aux Pays-Bas (68 %), en Norvège (62 %) et au Royaume-Uni (50 %). À l'autre extrémité du spectre, on observe qu'en Allemagne et en Irlande, on ne traite respectivement aucun et presque aucun de ces patients en chirurgie de jour.

### 2.2. Très faible score pour la cholécystectomie et l'ablation partielle d'une glande mammaire

La **cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)** est une intervention qui, en Belgique, s'effectue nettement moins souvent en chirurgie de jour que dans d'autres pays. Alors qu'au Danemark, plus de la moitié de toutes les cholécystectomies ouvertes et laparoscopiques (respectivement, 53 % et 57 %) sont réalisées en chirurgie de jour, seule une petite minorité de ces interventions (respectivement, 4 % et 5 %) le sont en Belgique.

En Belgique, 28 % des **ablations partielles d'une glande mammaire** sont effectuées en chirurgie de jour, ce qui place notre pays loin derrière l'Irlande (70 %), le Royaume-Uni (69 %), le Danemark (67 %) et la Suède (60 %).



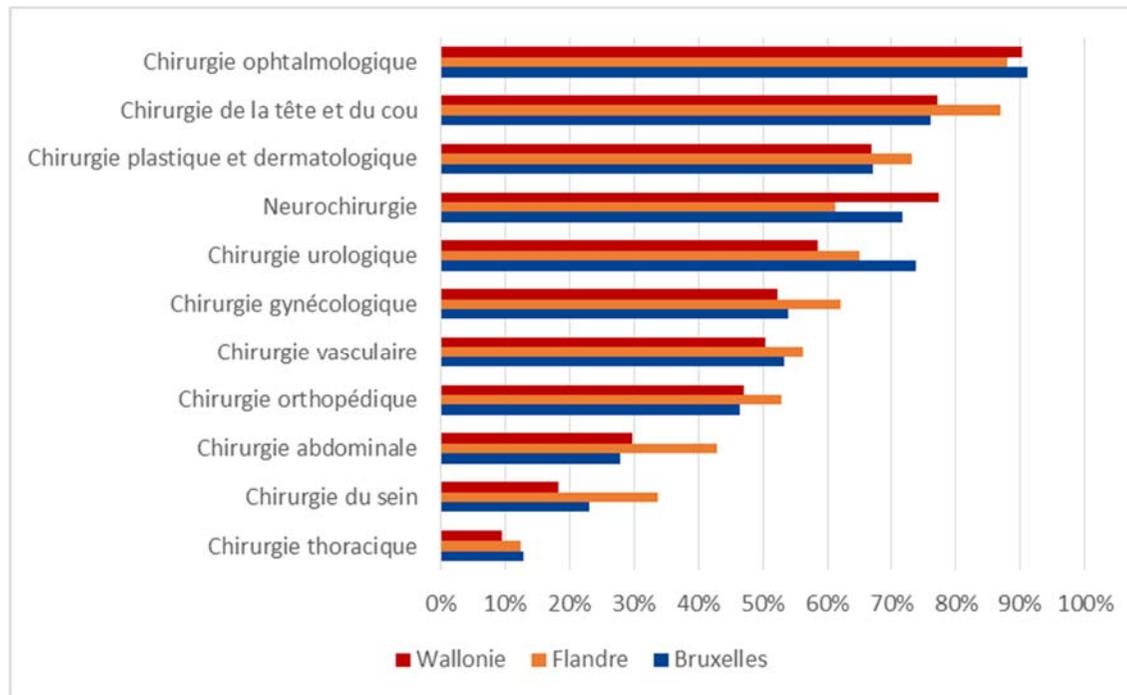
### 3. SITUATION EN BELGIQUE

Nous avons analysé les données administratives belges de la période 2011-2013 portant sur 486 types d'interventions chirurgicales réparties entre 11 disciplines (voir Figure 1 et Rapport scientifique, chapitre 5). Sur les figures 2 et 3, chaque hôpital belge est représenté par un cercle dont le diamètre est proportionnel au nombre d'interventions (classiques et chirurgicales de jour) réalisées. Seuls les établissements ayant réalisé au moins 10 interventions en 2011-2013 sont représentés sur ce graphique. Ces analyses n'ont inclus que les patients qui ne souffraient pas de graves comorbidités au moment de l'intervention (« *Severity of illness* » 1 ou 2 (niveau de sévérité), voir encadré 1).

#### 3.1. Variabilité interdisciplinaire et interrégionale

L'analyse des données liées aux 486 types d'interventions révèle que les opérations le plus souvent réalisées en chirurgie de jour en Belgique sont les interventions ophtalmologiques, et que celles qui sont le moins souvent réalisées en chirurgie de jour sont les opérations thoraciques (notamment sur les poumons) (voir Figure 1). Dans la plupart des disciplines chirurgicales, on réalise davantage d'opérations en chirurgie de jour en Flandre qu'en Wallonie ou qu'à Bruxelles. Les écarts entre la Wallonie et Bruxelles sont plutôt limités (voir aussi point 3.3). Les données administratives ne nous ont pas permis de cerner les raisons de ces différences.

Figure 1 – Différences interrégionales dans le recours à la chirurgie de jour pour 11 disciplines chirurgicales, 2011-2013

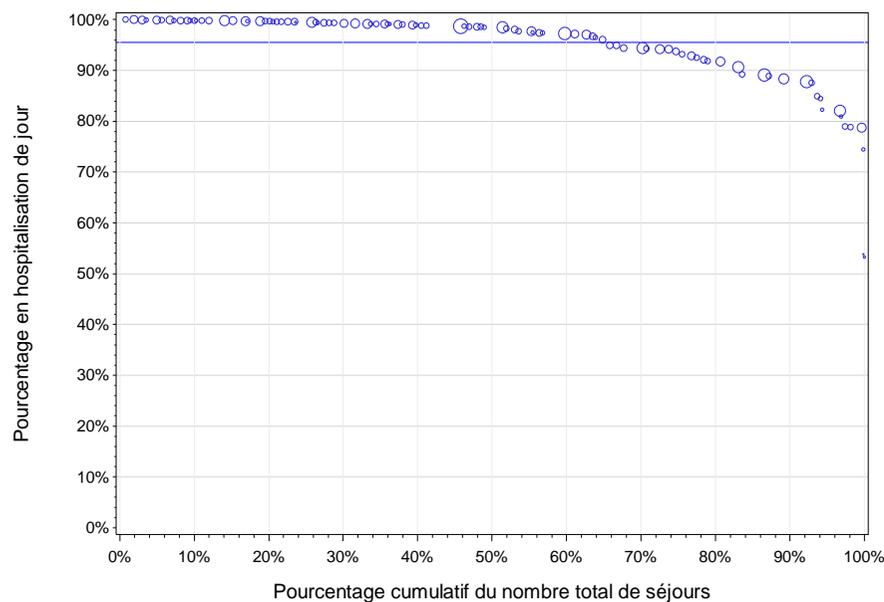




### 3.2. Variabilité entre les hôpitaux belges

Nous avons constaté une variabilité considérable entre hôpitaux belges.

**Figure 2 – Chirurgie de la cataracte (extraction du cristallin et insertion d'une prothèse lenticulaire intraoculaire), 2011-2013**



Ligne horizontale indiquant le % national : 95.5 %

Nombre d'hôpitaux ayant 0% en hospitalisation de jour : 0

Les 100 établissements ayant réalisé au moins 10 opérations de la cataracte ont pratiqué en moyenne 95,5 % de ces interventions en chirurgie de jour (Figure 2). Il y a cependant encore une marge de progression, la figure faisant apparaître qu'un certain nombre d'hôpitaux se situent encore sous les 90 %. Il y en a même un qui ne réalise que 53,3 % de ses opérations de la cataracte en chirurgie de jour et qui hospitalise donc 46,7 % de ces patients au moins une nuit.

Nous avons également relevé des résultats comparables (pourcentage national élevé de chirurgie de jour coexistant avec un score nettement inférieur pour certains hôpitaux) pour d'autres interventions, dans d'autres disciplines. Le Tableau 1 en présente quelques exemples : la moyenne nationale de toutes ces interventions est élevée, mais les minima sont en revanche très bas, ce qui indique que certains hôpitaux ne suivent pas la tendance à la hausse de la chirurgie de jour.

**Tableau 1 – Exemples d'interventions chirurgicales électives associant un pourcentage national élevé de chirurgie de jour à des « prestataires peu performants », 2011-2013**

Geste	Nombre de séjours (tous)	Nombre de séjours en chirurgie de jour	% national de chirurgie de jour	% min. de chirurgie de jour	% max. de chirurgie de jour	P25 (%)	P75 (%)
Dégagement du canal carpien	92 526	90 606	97,9	42,9	100,0	97,0	99,1
Lithotritie (pulvérisation de calculs rénaux)	36 626	35 180	96,1	0,0	99,4	92,7	97,4
Correction de la blépharoptose (chute de la paupière)	5 893	5 585	94,8	63,6	100,0	92,3	100,0
Ménissectomie arthroscopique (exérèse du ménisque)	113 946	106 847	93,8	51,3	99,4	91,2	95,8
Biopsie de l'endomètre par aspiration avec hystéroscopie (examen de l'utérus)	23 168	21 647	93,4	30,2	100,0	88,4	96,5
Adénotonsillectomie (ablation des amygdales palatines et pharyngiennes)	41 828	37 133	88,8	2,7	100,0	86,3	96,3
Orchidopexie uni- ou bilatérale (descente des testicules par voie chirurgicale)	6 973	5 867	84,1	16,0	100,0	78,9	96,0

% : pourcentage ; min.: minimum ; max. : maximum ; P : percentile ; données limitées aux hôpitaux ayant réalisé au moins 10 de ces opérations en 2011-2013.

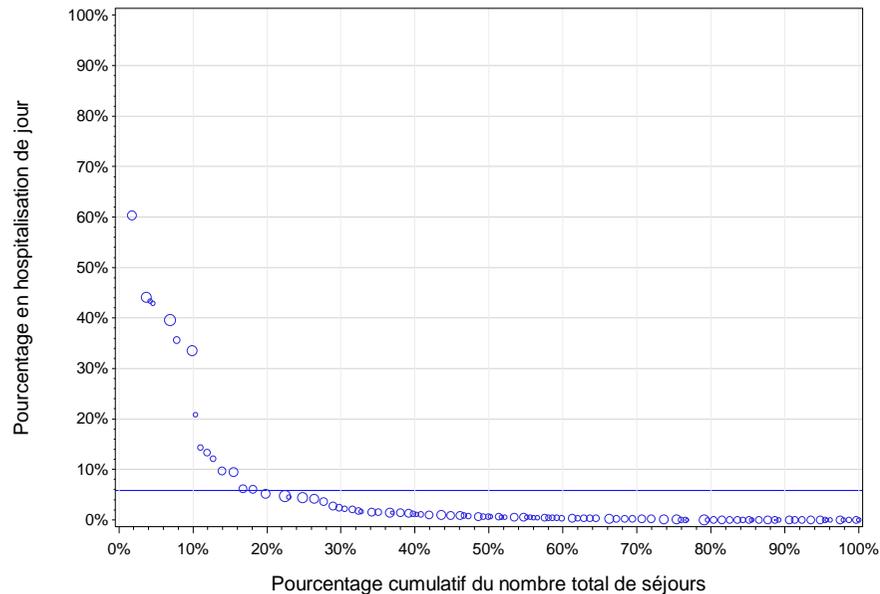
Pour certaines interventions, le pourcentage de la chirurgie de jour varie même entre 0 % et 100 % (pour la période 2011-2013). Le Tableau 2 en présente quelques-unes.


**Tableau 2 – Exemples d'interventions chirurgicales électorales dont le pourcentage de chirurgie de jour varie entre 0 % et 100 %, 2011-2013**

Geste	Nombre de séjours (tous)	Nombre de séjours en chirurgie de jour	% national de chirurgie de jour	% min. de chirurgie de jour	% max. de chirurgie de jour	P25 (%)	P75 (%)
Greffe osseuse faciale	6 198	4 524	73,0	0,0	100,0	46,6	88,5
Dacryocystorhinostomie (opération du canal lacrymo-nasal)	2 455	1 522	62,0	0,0	100,0	34,1	82,6
Résection de tissu mammaire chez l'homme	1 495	893	59,7	0,0	100,0	31,3	80,0
Turbinectomie (exérèse d'un cornet du nez)	19 558	9 623	49,2	0,0	100,0	24,5	69,9
Trabéculéctomie (abaissement de la pression intra-oculaire)	2 788	1 300	46,6	0,0	100,0	51,0	100,0
Rhytidectomie (lifting facial)	1 523	369	24,2	0,0	100,0	8,2	48,2
Photocoagulation laser dans la rupture ou le décollement de la rétine	3 016	522	17,3	0,0	100,0	3,1	80,2
Transplantation de la cornée (membrane fibreuse de l'œil)	1 246	208	16,7	0,0	100,0	0,9	46,3

% : pourcentage ; min. : minimum ; max. : maximum ; P : percentile ; données limitées aux hôpitaux ayant réalisé au moins 10 de ces opérations en 2011-2013.

Pour certaines interventions, le pourcentage national est nettement inférieur en Belgique par rapport à d'autres pays d'Europe de l'Ouest (voir aussi section 2). La **cholécystectomie** (ablation de la vésicule biliaire) **laparoscopique** en est un exemple éloquent. Sur la période 2011-2013, seulement 5,9 % de ces interventions ont été réalisées en chirurgie de jour. Pourtant, un hôpital a obtenu un score de 60,3 % alors que 31 n'en ont exécuté aucune en chirurgie de jour. Or, d'après les experts consultés, cette opération s'y prête dans environ la moitié des cas. Mais, comme on le montre au point 4.1, les hôpitaux belges n'y sont pas incités sur le plan financier.

**Figure 3 – Cholécystectomie laparoscopique, 2011-2013**

Ligne horizontale indiquant le % national : 5.9 %

Nombre d'hôpitaux ayant 0% en hospitalisation de jour : 31

### 3.3. Quels sont les facteurs expliquant cette variabilité ?

En complément d'analyse, nous avons cherché à identifier les facteurs qui déterminent si un patient sera traité en chirurgie de jour. Il s'avère que ce sont **l'âge et la gravité de son affection qui sont déterminants, tous types d'interventions confondus**. La probabilité d'être traité en chirurgie de jour est généralement moindre pour les personnes âgées (>75 ans) et surtout pour les patients dont l'atteinte est plus grave. Nous avons par ailleurs constaté que ce sont surtout les hôpitaux universitaires et les hôpitaux wallons (et, dans une moindre mesure, bruxellois) qui exécutent moins d'un quart de leurs opérations en chirurgie de jour. Les différences de niveaux de sévérité (voir encadré 1) n'ont pas permis d'expliquer

totalemment cet état de fait. D'autres pratiques cliniques ou d'admission en sont-elles la cause ? Les patients de ces hôpitaux sont-ils moins en mesure de faire appel aux soins de première ligne et à domicile ? Leur profil socio-économique est-il différent ? Les données administratives dont nous disposons à ce jour ne nous ont malheureusement pas permis de le vérifier.

### 3.4. Interprétation des données belges : la prudence est de mise

Pour la majorité des experts consultés, c'était la toute première fois qu'ils étaient informés des taux respectifs de chirurgie en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique. Ils ont trouvé cela très utile et parfois même interpellant. Selon eux, il est important que ces informations soient envoyées à intervalles réguliers à tous les spécialistes afin de leur donner une meilleure vision de la situation. Cela peut aussi avoir un effet motivant. Ils estiment cependant qu'il faut interpréter ces données avec prudence et leur apporter certaines adaptations si l'on veut s'en servir adéquatement pour le monitoring et le benchmarking (analyse comparative). Vous trouverez à l'annexe 16 du rapport scientifique une liste détaillée par discipline des préoccupations des experts consultés à propos des données. En voici les plus courantes :

- il arrive qu'un **seul et même code de nomenclature** soit utilisé pour un **large éventail** d'indications, d'interventions, de techniques et de niveaux de sévérité. Si l'on prend l'exemple de la greffe de cornée, il n'existe qu'un seul code pour cette intervention alors que la transplantation peut être totale ou partielle. La technique la plus récente, dans laquelle seuls des fragments de cornée sont transplantés, est associée à un risque beaucoup moindre de complications et est donc mieux adaptée à la chirurgie de jour, tandis que la greffe totale s'y prête nettement moins (en raison d'un risque plus grand de complications). Or, il n'est pas possible de distinguer les deux techniques dans la base de données en se fondant sur la nomenclature ;



- la **nomenclature** et/ou les **codes ICD-9-CM** (voir encadré 1) donnent, pour certaines interventions, un libellé trop **vague** qui ne permet pas de déterminer si la chirurgie de jour est envisageable. Les curetages osseux en orthopédie en sont un exemple : certains types de curetage entraînent un risque de septicémie grave et le patient doit donc être suivi de près et traité, entre autres, par antibiothérapie intraveineuse. La chirurgie de jour n'est donc pas indiquée. Mais d'autres types de curetage peuvent tout à fait se pratiquer en chirurgie de jour ;
- les données ne permettent généralement pas d'établir une **distinction** entre **chirurgie primaire et chirurgie de révision**. Or, il s'agit d'une information très importante pour certaines interventions, car la chirurgie de révision représente généralement un acte plus lourd et donc, moins admissible à la chirurgie de jour. Par ailleurs, les données que nous avons utilisées (2011-2013) ne permettent pas toujours de différencier la chirurgie ouverte de la chirurgie moins invasive. Cette différenciation pourra être mieux établie avec le nouveau système de classification des patients utilisé depuis 2015 (voir encadré 1);
- certains **codes de la nomenclature** sont **appliqués à d'autres interventions que celles prévues** parce que des codes appropriés manquent (par exemple, la nomenclature n'a pas encore été adaptée à la pratique actuelle) ou que le remboursement est jugé trop bas pour l'intervention. Cette problématique a été pointée par divers groupes d'experts. Par exemple, d'après les experts consultés, l'exérèse radicale de l'endométriose ne devrait pouvoir être réalisée que dans des centres spécialisés et doit assurément s'inscrire dans le cadre d'un séjour hospitalier classique. Pourtant, 80 hôpitaux la pratiquent manifestement, dont 57 seulement 10 fois en l'espace de 3 ans. Selon les experts, un code de nomenclature incorrect a été communiqué pour les 119 prétendues exérèses radicales de l'endométriose réalisées en chirurgie de jour ;
- en principe, les **interventions** pratiquées **dans la salle de consultation** du médecin (chirurgie ambulatoire) ne peuvent être enregistrées au titre d'acte chirurgical de jour. Pourtant, il a été rapporté dans certains groupes de travail d'experts que quelques hôpitaux pratiquent couramment un **enregistrement (frauduleux) de ces interventions comme chirurgie de jour** afin de pouvoir prétendre aux remboursements propres à l'hôpital de jour chirurgical (voir point 4.1). Des exemples issus de diverses disciplines ont été cités (ils sont examinés plus en détail au chapitre 5 du Rapport scientifique et répertoriés à l'annexe 16). Sur la base des données administratives, il est impossible d'identifier les interventions qui ont été effectivement réalisées en salle d'opération et celles qui ont été indûment enregistrées en tant que telles.



## 4. QUELS SONT LES OBSTACLES A UN RECOURS ACCRU A LA CHIRURGIE DE JOUR EN BELGIQUE ?

### 4.1. Le système de financement complexe et opaque qui n'encourage pas la chirurgie de jour

En Belgique, deux organismes publics sont compétents pour le financement de la chirurgie de jour : l'INAMI et le Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Cette responsabilité partagée est source de difficultés pour une politique cohérente. En outre, la réglementation est très complexe et illogique, et n'encourage pas la chirurgie de jour, que du contraire. Nous pouvons affirmer que le système actuel de financement constitue de loin l'entrave la plus importante à un accroissement du recours à la chirurgie de jour. Les experts consultés partagent également cet avis.

#### Pas de modèle uniforme pour financer la chirurgie de jour

Depuis la dernière grande réforme du financement des hôpitaux (1<sup>er</sup> juillet 2002), les hôpitaux perçoivent **un financement au sein du budget des moyens financiers (BMF)**. Le BMF est une enveloppe fermée qui comporte diverses sous-parties. Sa répartition entre les différents hôpitaux est basée sur un calcul complexe dans lequel on applique une méthode et des paramètres spécifiques à chaque sous-partie. La sous-partie B2 est la plus importante et couvre entre autres la rémunération du personnel infirmier. La méthode de calcul de cette sous-partie est fondée sur l'activité justifiée des hôpitaux, comme expliqué dans l'encadré 1.

Pour le paiement du budget hospitalier individuel, le BMF est scindé en une part fixe et en une part variable. La part fixe est versée sur la base d'acomptes mensuels et englobe (théoriquement) 80 % des sous-parties B1 (services communs) et B2, ainsi que 100 % de toutes les autres sous-

parties. Le solde, à savoir la part variable, englobe (théoriquement) 20 % des sous-parties B1 et B2, et est payé en fonction du nombre d'admissions (10 % du budget) et de journées (10 % du budget). Les hôpitaux reçoivent un montant par admission et un montant par jour pour une hospitalisation classique et pour la chirurgie de jour ; les deux montants sont spécifiques de l'hôpital.

Pour une hospitalisation classique, le calcul de la sous-partie B2 repose sur la durée moyenne nationale de séjour pour l'APR-DRG-SOI (voir encadré 1) auquel l'admission est attribuée. Le calcul du budget de la chirurgie de jour repose pour sa part sur deux types de séjour (voir Rapport scientifique, chapitre 3) :

- **L'activité de jour justifiée** : il s'agit d'un séjour associé à au moins une intervention chirurgicale dont le code de nomenclature figure sur ce que l'on appelle la liste A<sup>a</sup>. Cette liste recense les interventions chirurgicales pour lesquelles la chirurgie de jour est considérée comme justifiée. Elle a été établie en vue de promouvoir la chirurgie de jour. L'hôpital se voit attribuer pour cela 0,81 journée d'hospitalisation justifiée (lit C), ainsi qu'un montant par admission et un montant par jour (voir Tableau 3 et l'encadré 1) ;
- **Les séjours classiques inappropriés** : le SPF considère un certain nombre d'hospitalisations classiques (c'est-à-dire avec nuitée) comme « inappropriées » en ce sens qu'elles auraient normalement dû avoir lieu dans un centre chirurgical de jour. Il en est ainsi dans les cas suivants :
  - L'intervention figure sur la liste de 24 APR-DRG chirurgicaux ou de 3 APR-DRG médicaux (voir annexe 5 et encadré 1), ET
  - Toutes les conditions suivantes sont remplies :
    - Il s'agit d'une hospitalisation classique planifiée ;
    - Le séjour dure trois jours maximum ;

<sup>a</sup> Les codes de nomenclature mentionnés sur la Liste A sont répertoriés à l'annexe 4.



- Le patient a moins de 75 ans ;
- Le niveau de sévérité de la maladie (« *severity of illness* » (SOI)) est de niveau 1 (mineur) ;
- Le risque de mortalité est faible (niveau 1) ;
- Le patient a quitté l'hôpital en vie.

Lorsqu'une intervention répond à toutes ces conditions et qu'après sa réalisation, le patient a passé au moins une nuit à l'hôpital, celui-ci ne reçoit un remboursement que pour 0,81 journée d'hospitalisation justifiée et un montant par admission et un montant par jour, donc le même remboursement que pour la chirurgie de jour, indépendamment de la durée réelle du séjour du patient.

Pour les interventions pratiquées en chirurgie de jour qui ne figurent pas sur la Liste A, les hôpitaux sont remboursés sur base d'un financement ouvert. Ils peuvent imputer à l'INAMI un forfait par patient :

- **forfaits pour les groupes 1 à 7** : une liste des codes de nomenclature auxquels le forfait s'applique, a été dressée pour chacun de ces groupes (voir Tableau 3 et annexe 4). Ces montants sont identiques pour chaque hôpital. Bien que ces forfaits soient destinés à financer les frais de fonctionnement du centre de jour non chirurgical, des interventions chirurgicales figurent également sur la liste des codes de prestation.

Pour un certain nombre d'interventions chirurgicales, un hôpital peut :

- imputer un **maxi-forfait**. Il s'agit d'un montant forfaitaire basé sur la sous-partie B2 du BMF attribuée à l'hôpital (il lui est donc spécifique), mais s'élevant au moins à 25 €. Ce forfait peut être imputé quand une intervention est réalisée sous anesthésie générale.

Ces deux types de forfaits ne sont pas cumulables, seul le montant le plus élevé peut être imputé. Il n'est pas non plus possible de combiner ces forfaits avec un remboursement provenant du BMF : si une intervention figure sur la Liste A, l'hôpital perçoit un remboursement pour une activité de jour justifiée, mais pas de forfait.

#### **Le partage de compétences entre l'INAMI et le SPF empêche une politique cohérente**

Les forfaits pour les groupes 1 à 7 et le maxi-forfait relèvent de la compétence et de la responsabilité financière de la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs tandis que le calcul du BMF pour le centre de chirurgie de jour relève de la compétence du SPF avec un rôle consultatif du Conseil National des Etablissements Hospitaliers. En outre, les décisions liées à la nomenclature prises au sein de la Commission Nationale Médico-Mutualiste, en ce compris la définition des listes nominatives (voir encadré 2), ont souvent des répercussions sur le financement de la chirurgie de jour.



### Encadré 1 – Résumé Hospitalier Minimum, système de classification APR-DRG et journées d'hospitalisation justifiées

#### Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Deux fois par an, les hôpitaux généraux de Belgique sont tenus de transmettre au SPF Santé Publique un large éventail de données sur toutes les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour et les urgences. Ces données sont enregistrées selon l'« *International Classification of Diseases-9th Revision-Clinical Modification* » (ICD-9-CM)<sup>b</sup>. Un APR-DRG (« *All Patient Refined Diagnosis Related Group* ») est attribué à toutes les hospitalisations classiques et à toutes les hospitalisations de jour.

#### Système APR-DRG

Le système DRG classe les séjours des patients en groupes de diagnostics sur la base de leur(s) affection(s). Le système APR-DRG ajoute à la structure de base du DRG deux sous-classes : le risque de mortalité (« *risk of mortality* » (ROM)) et le niveau de sévérité (« *severity of illness* » (SOI)). Il y a quatre niveaux de SOI : 1 = mineur ; 2 = modéré ; 3 = majeur ; 4 = extrême.

#### Journées d'hospitalisation justifiées

On calcule la durée moyenne du séjour en Belgique de tous les patients relevant du même groupe de diagnostics et du même niveau de SOI. On obtient ainsi le nombre de journées d'hospitalisation justifiées par groupe de diagnostics/niveau de SOI. Ensuite, on calcule pour chaque hôpital le nombre de journées justifiées en se basant sur cette moyenne nationale et en tenant compte du *case-mix* des patients. Puis, on divise par service le nombre de journées justifiées par un taux normatif d'occupation des lits (en général, 80 %). Quand un patient séjourne dans un hôpital plus longtemps qu'il n'est « justifié » (en fait, que la moyenne), l'hôpital touche un financement moindre pour ces journées supplémentaires.

<sup>b</sup> Depuis 2015, on utilise l'ICD-10-BE, une variante belge de l'ICD-10-CM et de l'ICD-10-PCS.

### Encadré 2 – Honoraires médicaux et suppléments

Les médecins sont principalement rémunérés à l'acte. Pour la biologie clinique, il y a également, en plus du remboursement par prestation, des honoraires forfaitaires par admission. Les honoraires forfaitaires par admission sont imputés pour toutes les interventions de la liste A ou pour lesquelles un maxi-forfait est imputable, ainsi que pour une liste limitative de 64 codes pour lesquels un forfait pour les groupes 1 à 7 peut être imputé.

Un honoraire de coordination (pour le médecin-chef) et un honoraire de surveillance peuvent être imputés pour un séjour en centre de jour chirurgical dont au moins un code de nomenclature figure sur une liste limitative de 71 codes.

En plus des honoraires, les médecins peuvent imputer des suppléments d'honoraires, mais uniquement si le patient choisit une chambre à un lit.

Le Tableau 3 donne un aperçu de différents types d'interventions en chirurgie de jour et des modalités de leur remboursement. Il illustre la complexité du système. Les hôpitaux ne sont pas incités financièrement à effectuer des interventions en chirurgie de jour ou à étendre leurs activités dans ce domaine. Dans certains cas, ils ont même tout intérêt à hospitaliser leurs patients une nuit.


**Tableau 3 – Financement actuel des interventions pratiquées en chirurgie de jour**

Intervention figurant sur la Liste A	Intervention figurant sur les listes des groupes 1 à 7*	Intervention ne figurant ni sur la Liste A, ni sur les listes des groupes 1 à 7
<b>Hôpital</b>		
0,81 journée justifiée en lit C (diffère selon l'hôpital)	Forfaits pour les groupes 1 à 7**	Maxi-forfait en cas d'anesthésie générale**
Montant par admission (diffère selon l'hôpital) <sup>§</sup>	/	/
Montant par jour (diffère selon l'hôpital) <sup>#</sup>	/	/
<b>Médecins</b>		
Paiement à l'acte pour les chirurgiens et anesthésistes	Paiement à l'acte pour les chirurgiens et anesthésistes	Paiement à l'acte pour les chirurgiens et anesthésistes
Honoraire de coordination (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative	Honoraire de coordination (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative	Honoraire de coordination (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative
Honoraire de surveillance (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative	Honoraire de surveillance (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative	Honoraire de surveillance (16,36 €) si l'intervention figure sur la liste limitative
Honoraires forfaitaires de biologie clinique par admission <sup>°</sup>	Honoraires forfaitaires de biologie clinique par admission <sup>°</sup>	Honoraires forfaitaires de biologie clinique par admission <sup>°</sup>

*Lit C : lit situé dans un service C, c'est-à-dire de diagnostic et de traitement chirurgical ;*

*\* : montants fixes en 2017 pour Groupe 1 : 165,02 € ; Groupe 2 : 201,57 € ; Groupe 3 : 291,14 € ; Groupe 4 : 207,45 € ; Groupe 5 : 215,70 € ; Groupe 6 : 256,97 € ; Groupe 7 : 212,17 € ;*

*\*\* : les forfaits pour les groupes 1 à 7 et le maxi-forfait ne sont pas cumulables : seul le montant le plus élevé peut être imputé - en 2017, le maxi-forfait (code de nomenclature 761235) a varié entre 64,26 et 284,46 € ;*

*§ : entre 105,88 et 335,38 € en 2017 (codes de nomenclature 768036-768040) ;*

*# : entre 22,05 et 60,64 € en 2017 (codes de nomenclature 768051-768062) ;*

*° : forfait de base (code de nomenclature 519091) €34,20 en 2017, plus un des forfaits suivants en fonction des caractéristiques du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital : € 53,58 (code 591076), € 47,03 (code 591113) ou € 25,65 (code 591135).*

Le Tableau 4 donne quelques exemples concrets qui sont détaillés dans l'encadré 3. Ces exemples illustrent eux aussi le fait qu'un système de financement fondé sur des listes nominatives d'interventions ne peut fonctionner que si ces listes sont régulièrement adaptées aux recommandations cliniques et à la pratique actuelle. Les listes évoquées constituent pour l'instant un frein important au choix de la chirurgie de jour.

**Tableau 4 – Exemples illustrant la complexité du système de financement de la chirurgie de jour (code de nomenclature ; lettre §)**

Intervention figurant sur la Liste A	Intervention figurant sur les listes des groupes 1 à 7	Intervention ne figurant ni sur la Liste A, ni sur les listes des groupes 1 à 7
Amygdalectomie avec adénoïdectomie (enfant) (256491/502 ; K50)	Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (adulte) (256535/546 ; K100 ; groupe 7)	
Chirurgie de la cataracte (ex. : 246595/606 ; N425)		Cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) (242454/465, N350 ; 242476/480, N400)
	Traitement d'une hernie inguinale bilatérale (241894/905 ; N325 ; groupe 6)	Traitement d'une hernie inguinale unilatérale (241872/883 ; N200)
Fissurectomie anale avec sphinctérotomie (244473/484 ; N125)	Résection de fissure anale (244510/521 ; N90 ; groupe 6)	
Excision de gaine tendineuse (280534/545 ; N100)	Incision de gaine tendineuse (280512/523 ; N75 ; groupe 5) Exploration tendineuse (280556/560 ; N75 ; groupe 6)	
Ostéotomie (correction) d'une dent incluse (312410/421 ; K120)	Transplantation hétérotopique de l'organe dentaire (312373/384 ; K180 ; groupe 1)	

§ : Le remboursement prévu pour un code de la nomenclature se calcule en multipliant la lettre (ex. : 1,15 pour « K ») par le coefficient de ce code (par exemple, 63).



### Encadré 3 – Exemples concrets de règles illogiques de remboursement

Une **amygdalectomie** (ablation des amygdales palatines) chez l'adulte, associée ou pas à une adénoïdectomie (ablation des amygdales pharyngiennes ou « végétations »), ne figure pas sur la Liste A. L'hôpital a droit au forfait prévu pour le groupe 7 (212,17 € en 2017). Si le chirurgien pratique la même intervention sur un enfant, l'hôpital touchera un remboursement égal à 0,81 journée d'hospitalisation justifiée, un montant par admission et un montant par jour parce que, dans ce cas-ci, l'intervention figure sur la Liste A.

Pour une **opération de la cataracte** (reprise sur la Liste A) en chirurgie de jour, l'hôpital perçoit un remboursement égal à 0,81 journée justifiée, un montant par admission et un montant par jour. Pour une **cholécystectomie** (ablation de la vésicule biliaire) en chirurgie de jour, il ne recevra pas un tel remboursement parce que ce geste ne figure pas sur la Liste A, alors que, selon les experts consultés, il serait souvent réalisable en chirurgie de jour. Seul le maxi-forfait peut être imputé en chirurgie de jour (en raison de l'anesthésie générale). Mais, si l'hôpital hospitalise le patient au moins une nuit, il percevra un remboursement pour la durée de séjour justifiée et des montants forfaitaires pour les médicaments, l'imagerie médicale et la biologie clinique.

Pour le traitement d'une **double hernie inguinale**, l'hôpital peut facturer le forfait prévu pour le groupe 6 (256,97 € en 2017). En revanche, si l'opération concerne une hernie inguinale unilatérale, il percevra uniquement le maxi-forfait pour l'anesthésie générale, soit un montant inférieur pour la plupart des hôpitaux.

Une **fissurectomie anale** (réparation d'une fissure de la muqueuse anale) conjuguée à une **sphinctérotomie** (incision d'un morceau du sphincter interne de l'anus) figure sur la Liste A. L'hôpital qui pratique cette combinaison d'interventions en chirurgie de jour, perçoit un remboursement égal à 0,81 journée justifiée, un montant par admission et un montant par jour. Mais la fissurectomie seule ne lui permet d'imputer que le forfait du groupe 6 (256,97 € en 2017).

Face à ces règles de financement divergentes et parfois dissuasives, quelques directions d'hôpitaux demandent à leurs équipes médicales de garder certains de leurs patients une nuit, même si l'intervention est envisageable en chirurgie de jour. Par ailleurs, certains spécialistes préfèrent ne pas opérer leurs patients dans le centre de jour si celui-ci ne dispose pas de chambres particulières ou en nombre limité seulement, sinon ils ne peuvent pas imputer de suppléments. Un certain nombre d'anesthésistes adoptent une attitude similaire en souhaitant que certaines interventions soient réalisées sous anesthésie générale (celle-ci leur donnant droit à un remboursement) même quand une anesthésie locale (induite par le chirurgien lui-même) est possible.

#### 4.2. Les obstacles organisationnels dans les hôpitaux

Selon la majorité des experts consultés, davantage d'interventions pourraient être pratiquées en chirurgie de jour si l'on remédiait à certains obstacles organisationnels et logistiques. Ainsi, beaucoup d'équipes chirurgicales préfèrent programmer le matin les opérations les plus lourdes (généralement impossibles à réaliser en chirurgie de jour) parce que ce sont celles qui réclament le plus de concentration, et n'exécuter les interventions moins exigeantes qu'ensuite. Beaucoup d'anesthésistes souhaitent aussi commencer par les interventions sous anesthésie générale pour passer ensuite à celles sous anesthésie locale parce qu'en général, celles-ci ne nécessitent plus leur présence. De ce fait, les interventions en chirurgie de jour, qui sont d'ordinaire moins lourdes, sont souvent programmées plus tard dans la journée. Il faut également compter de fréquents retards suite à des interventions inopinées à intercaler en urgence. Comme la période de réveil des patients opérés plus tard dans la journée déborde les heures d'ouverture du centre de jour, ces personnes sont hospitalisées pour une nuit alors que ce n'était pas du tout prévu. Les experts consultés ont également signalé que, dans beaucoup d'hôpitaux, la liste d'attente pour la chirurgie de jour est plus longue que celle pour une hospitalisation classique. Il s'ensuit que des patients nécessitant une opération semi-urgente tout à fait adaptée à la chirurgie de jour sont souvent admis en hospitalisation classique.



#### 4.3. Les obstacles organisationnels en soins ambulatoires et des entraves médico-juridiques

Après une intervention chirurgicale, les patients ont souvent besoin de soins médicaux et paramédicaux spécifiques (soin de la plaie, analgésie, détection d'éventuelles complications, kinésithérapie adaptée et dispensée en temps opportun, etc.). Dans le cas de la chirurgie de jour, ces soins doivent pouvoir être proposés à domicile. Les experts consultés ont rapporté que c'est souvent là que le bât blesse. D'après eux, les soins postopératoires médicaux, infirmiers, kinésithérapeutiques et paramédicaux ambulatoires ne sont pas encore suffisamment développés en Belgique, à tout le moins dans certaines régions. Ils ont également épinglé le fait que les généralistes et/ou les infirmiers à domicile de certaines régions de Belgique sont surchargés et n'ont pas le temps (ni les compétences) pour diagnostiquer et, si nécessaire, traiter des complications postopératoires. La tentation est dès lors grande de garder les patients une nuit ou deux à l'hôpital jusqu'à ce que les principaux risques de complications soient écartés.

Par ailleurs, les experts consultés sont aussi préoccupés par la question de la responsabilité médico-juridique. À qui incombe-t-elle lorsqu'un patient convalescent à domicile présente des complications postopératoires qui sont diagnostiquées et/ou traitées trop tard et/ou inadéquatement ?

#### 4.4. Les préférences et habitudes cliniques des équipes médicales et le manque de recommandations *evidence-based*

Presque chaque groupe d'experts l'a répété : le choix actuel de la prise en charge (chirurgie de jour ou hospitalisation classique) est aussi dicté dans une mesure importante par les habitudes et les traditions de l'équipe médicale et par sa formation. Le manque de recommandations cliniques (ou leur absence de mise en application) joue ici un rôle à ne pas sous-estimer et engendre un manque de cohérence. Ce qui, pour tel médecin, constitue la principale motivation à hospitaliser un patient une nuit (par exemple, l'administration intraveineuse d'antibiotiques, la pose d'un drain pendant les 24 heures suivant l'opération, le positionnement spécifique du patient après chirurgie ophtalmologique), ne l'est à l'évidence pas pour tel autre, qui donnera par exemple les antibiotiques par voie orale ou n'en prescrira pas du tout, retirera déjà le drain après quelques heures ou se rendra compte qu'un infirmier seul pour 25 patients sera dans l'impossibilité de contrôler la position de son patient pendant toute la nuit. Et qui optera dès lors pour la chirurgie de jour.

Par ailleurs, certains spécialistes sont insuffisamment formés, par exemple d'expérience sur la prise en charge adéquate de la douleur à domicile, ou rechignent à employer de nouvelles techniques comme les techniques mini-invasives. D'autres ne tiennent pas à modifier l'organisation de leur travail (par exemple, adapter le programme opératoire ou la procédure de sortie, choisir une anesthésie locale plutôt que générale).



#### 4.5. La chirurgie de jour ne convient que pour les patients bénéficiant d'un soutien adéquat

Les interventions ne peuvent être réalisées en chirurgie de jour que si le patient peut compter sur quelqu'un qui est capable de l'assister à son domicile durant les 24 heures suivant sa sortie. C'est d'ailleurs aussi ce qui est prévu dans la législation belge<sup>c</sup>. À défaut, il n'y a pas d'autre choix que d'hospitaliser le patient au moins une nuit. Étant donné l'augmentation du nombre d'isolés, le vieillissement de la population et la désagrégation croissante des réseaux sociaux, les patients n'ayant pas de soutien suffisant pour bénéficier de la chirurgie de jour seront probablement de plus en plus nombreux.

#### 4.6. Les préférences et le confort du patient

Les experts consultés ont rapporté que certains patients sont convaincus d'avoir « droit » à une nuit après une opération. Par ailleurs, certains hôpitaux proposent aux patients qui habitent loin de passer sur place la nuit précédant l'intervention afin d'écartier le risque d'arriver en retard, qui nécessiterait l'adaptation du programme opératoire. Parfois aussi, ce sont les patients qui restent une nuit ou deux à l'hôpital simplement pour leur confort, par exemple s'ils doivent de toute façon revenir à l'hôpital le lendemain ou le surlendemain de l'intervention pour des soins postopératoires. Enfin, d'autres établissements proposent un séjour d'une ou de plusieurs nuits en guise de soutien psychologique, par exemple après une intervention oncologique.

---

<sup>c</sup> Art. 8 de l'AR du 25/11/97 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée, M.B. du 5 décembre 1997.

## 5. PROPOSITIONS EN VUE D'ACCROÎTRE LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE JOUR

Dans cette partie, nous formulerons des propositions visant à accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique. Nous nous sommes basés sur l'analyse des données nationales, les entretiens avec les experts consultés et les parties prenantes, la littérature scientifique et sur ce qui se fait dans d'autres pays. Nous en tirerons ensuite des recommandations d'action concrètes adaptées au contexte belge.

### 5.1. Soutenir la chirurgie de jour par des incitants financiers

On l'a vu, le système de financement actuel est particulièrement complexe et dépourvu des stimulants nécessaires en faveur de la chirurgie de jour tandis que la responsabilité est partagée entre l'INAMI et le SPF Santé Publique. Le fait que certains actes soient remboursés aux hôpitaux par l'intermédiaire du Budget des moyens financiers (BMF) et que d'autres le soient par l'INAMI, rend le système inutilement compliqué. De surcroît, un mécanisme de financement (partiellement) fondé sur des listes nominatives ne peut fonctionner que si ces dernières sont régulièrement adaptées aux recommandations cliniques les plus récentes et à l'évolution de la pratique et de la nomenclature.

Une démarche pragmatique consisterait à **définir pour chaque intervention chirurgicale élective (programmée) une option thérapeutique (préférentielle)** basée sur entre autres la complexité de l'opération. Dans son « *Directory of Procedures* », la *British Association of Day Surgery* (BADS) attribue ainsi à plus de 200 interventions chirurgicales les modalités suivantes : cabinet de consultation, pas de nuit à l'hôpital, une nuit et deux nuits<sup>d</sup>. Cette liste est régulièrement revue.

<sup>d</sup> <http://daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>



Pour bien faire, le système de financement actuel devrait migrer vers un **système unique transparent qui stimulerait financièrement la chirurgie de jour**. Différents critères de remboursement pourraient être prévus, de préférence sur la base de paramètres objectifs (par exemple la durée du séjour, la sévérité de l'affection, le matériel utilisé). Par ailleurs, il faut **éviter un effet d'aspiration** sur les interventions qui peuvent être pratiquées facilement en cabinet de consultation. La définition d'un cadre préférentiel tel que suggéré plus haut pourrait déjà y contribuer. L'idéal serait d'intégrer l'élaboration du système de financement encourageant financièrement la chirurgie de jour dans les plans de la réforme actuellement en cours (voir Encadré 4).

#### Encadré 4 – Plan d'approche pour une réforme du financement des hôpitaux belges

Le Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux belges (avril 2015) de la ministre Maggie De Block prévoit de classer les séjours hospitaliers en trois groupes (« **clusters** »), chacun de ceux-ci se voyant appliquer un système de financement différent. La distinction entre les clusters repose sur la prévisibilité du processus de soins. En effet, certaines hospitalisations exigent un processus standardisé tandis que, pour d'autres, ce processus et, par conséquent, les moyens mis en œuvre, sont moins prévisibles. Le cluster à basse variabilité se compose des séjours hospitaliers nécessitant un processus standard de soins peu complexes qui diffère peu d'un patient à l'autre. Pour les hospitalisations appartenant à ce cluster, le Plan d'approche prône l'application d'un montant prospectif par admission, indépendant des soins dispensés lors de chaque séjour individuel. Le cluster à moyenne variabilité regroupe les séjours hospitaliers moins prévisibles que ceux du premier cluster. Le système de financement proposé s'inspire très largement du régime actuel, lequel répartit un budget national à enveloppe fermée (BMF) entre les hôpitaux sur la base d'activités justifiées. Enfin, le cluster à haute variabilité se compose des séjours hospitaliers pour lesquels le processus de soins n'est pas prévisible et dépend de chaque patient pris individuellement. Le système de financement pour ce cluster fait l'objet d'une autre étude du KCE (juin 2017).

Parallèlement, il serait utile de **revoir régulièrement la nomenclature** et de l'adapter, par exemple, aux innovations technologiques (après une analyse « *coûts-bénéfices* » fouillée). Cela permettra d'éviter que certains codes de la nomenclature ne soient utilisés pour d'autres gestes que ceux prévus parce que les codes adéquats font défaut. Le chapitre 5 du rapport scientifique donne une série d'exemples de lacunes de la nomenclature citées par les experts.

Enfin, on a vu que la détermination des « **séjours classiques inappropriés** » repose sur une liste de 24 APR-DRG chirurgicaux et 3 APR-DRG médicaux (voir point 4.1). Si ce système de « séjours classiques inappropriés » est maintenu, le mieux serait de **l'élargir à davantage d'APR-DRG**. Pour la présente étude, nous avons retenu des interventions chirurgicales électives (programmées) puisées dans 71 APR-DRG chirurgicaux différents.

#### Encadré 5 – Fixation d'objectifs en chirurgie de jour : tenir compte de situations spécifiques

Si l'on veut stimuler davantage la chirurgie de jour au travers de la définition d'objectifs (« **targets** »), par exemple pour définir ce qu'est une hospitalisation classique inappropriée, il faut tenir compte des situations spécifiques suivantes :

**Chirurgie combinée** : lorsque deux interventions ou plus sont combinées, il est souvent trop pénible pour le patient de retourner chez lui le jour-même alors que, quand ces mêmes opérations sont dissociées, le patient est admissible à la chirurgie de jour ;

**Chirurgie de révision** : ces interventions sont souvent complexes et, donc, aussi moins adaptées à la chirurgie de jour ;

**Patients porteurs d'une comorbidité grave** : cette population de patients est généralement moins éligible pour la chirurgie de jour, raison pour laquelle les séjours SOI 3 et 4 ont été laissés de côté dans le présent rapport ;



**Case-mix** de l'hôpital ou du service de chirurgie : les cas les plus graves, impossibles à traiter en chirurgie de jour, sont souvent adressés aux chirurgiens qui possèdent le plus d'expérience en la matière. Il se peut que ceux-ci atteignent par conséquent un faible taux de chirurgie de jour. À l'inverse, les chirurgiens qui ne prennent en charge que les cas les moins graves, atteindront donc un pourcentage élevé. Il faut également en tenir compte pour définir les mesures destinées à encourager le recours à la chirurgie de jour.

## 5.2. Soutenir et améliorer l'organisation et la logistique

Beaucoup de problèmes organisationnels et logistiques pointés par les experts consultés peuvent être résolus si l'on procède à une distinction nette entre, d'une part, l'hôpital de jour chirurgical et, d'autre part, l'hôpital classique. La création d'hôpitaux de jour autonomes (autonomie quant à l'organisation des processus de soins, mais au sein de la structure d'un hôpital ou d'un réseau locorégional) dotés de leurs propres salles d'opération et de réveil, ainsi que de personnel spécialement formé à cet effet contribuera non seulement à améliorer les soins, mais aussi à accroître la capacité. On peut par ailleurs chercher à étendre davantage encore la capacité en augmentant le nombre de salles d'opération et d'autres infrastructures, et en gardant les centres ouverts plus longtemps. La bonne organisation d'une telle unité et l'exploitation optimale de sa capacité requiert aussi un personnel administratif et soignant suffisant, pour lequel il faut également prévoir un financement adéquat.

Il pourrait aussi être intéressant de réexaminer la notion-même de chirurgie de jour, en mettant davantage l'accent sur la longueur du séjour (12, 24 ou 36 heures par exemple) au lieu de se focaliser sur le fait de passer ou non la nuit à l'hôpital. De cette façon, les patients opérés en fin d'après-midi et donc obligés de dormir à l'hôpital pourraient encore être considérés comme ayant été traités en chirurgie de jour. Par exemple, la *British Association of Day Surgery* (BADs) fait une distinction entre la chirurgie de jour (sa version traditionnelle), un séjour d'une nuit et un séjour de deux nuits.

Les hôpitaux dont les centres de jour sont déjà débordés auront besoin de temps pour étendre leurs infrastructures et l'effectif de leur personnel. Il convient d'en tenir compte si l'on tient à stimuler davantage la chirurgie de jour au travers de la fixation d'objectifs, en tout cas quand ceux-ci sont assortis de sanctions financières.

Par ailleurs, un nouveau raccourcissement de la durée du séjour et un élargissement de l'activité de jour peut avoir pour conséquence de drainer vers les services hospitaliers classiques un flux accru de patients ayant un besoin élevé de soins. La hausse du nombre de patients par infirmier et la flexibilité croissante qui leur est demandée, peuvent mettre en péril la sûreté et la qualité des soins dans les hôpitaux.

## 5.3. Recommandations cliniques et des trajets de soins

Pour chaque patient, le choix entre chirurgie de jour ou hospitalisation classique doit reposer autant que possible sur des recommandations cliniques étayées par des éléments probants (*evidence-based*). Le développement de recommandations cliniques et d'itinéraires de soins, ainsi que le suivi de leur mise en œuvre, sont des éléments très importants si l'on souhaite que la chirurgie de jour se répande davantage en Belgique. Ils peuvent être utiles non seulement pour déterminer, par exemple, la durée optimale de la surveillance postopératoire, mais aussi pour aider à choisir entre une intervention chirurgicale et une alternative non chirurgicale. Ainsi par exemple, pour beaucoup de femmes souffrant d'endométriose, le stérilet hormonal est une bonne alternative à l'ablation de l'endomètre. Mais cette intervention bénéficie du même remboursement qu'une hystérectomie (ablation de l'utérus et parfois aussi des trompes et des ovaires), ce qui la rend évidemment très attrayante à proposer.



## 5.4. Informer les parties concernées et leur proposer des formations adaptées

### 5.4.1. Les équipes hospitalières

Plusieurs experts ont admis que les équipes médicales ne sont pas toujours au courant de toutes les conséquences financières d'une hospitalisation d'une nuit. Le renforcement du feedback, doublé d'un benchmarking, peut certainement aider à sensibiliser les prestataires de soins et les inciter à proposer davantage la chirurgie de jour (voir aussi point 5.5).

L'avènement de la chirurgie de jour a été rendu possible entre autres par l'apparition de nouvelles technologies médicales telles que les techniques chirurgicales mini-invasives. La jeune génération de chirurgiens y est familiarisée dès sa formation, mais certains collègues plus âgés le sont moins. Si l'on veut étendre la pratique de la chirurgie de jour d'une manière sûre et réaliste, il convient de prendre ce facteur en compte. Ce raisonnement vaut également pour les anesthésistes qui, en chirurgie de jour, doivent avoir l'expérience de la prise en charge de la douleur postopératoire en milieu extrahospitalier.

### 5.4.2. Le patient

Il est essentiel de consacrer suffisamment de temps avant et après l'intervention pour informer complètement le patient et ses aidants proches : en quoi consiste l'intervention ? À quelle intensité de douleur peut-on s'attendre et comment peut-on la prévenir et l'atténuer ? Quelles sont les autres complications qui peuvent survenir, comment peut-on les identifier et les gérer ? À qui s'adresser en cas de problèmes ou de questions supplémentaires ? Quand ces informations sont transmises après l'opération, il faut que le patient soit bien réveillé et en compagnie d'un aidant proche afin qu'ils comprennent bien les instructions tous les deux.

Les experts consultés ont toutefois signalé que, pour des raisons financières, la direction de leur hôpital n'est pas toujours disposée à consentir les investissements souhaitables dans l'information des patients (telle que les consultations préopératoires multidisciplinaires pour vérifier,

entre autres, l'aptitude du patient à supporter la chirurgie de jour ou pour lui donner des instructions concernant la période postopératoire).

### 5.4.3. Soins ambulatoires

On l'a dit, les experts ont souligné un besoin important d'améliorer le soutien au secteur ambulatoire en matière de soins postopératoires. Les médecins généralistes, les infirmiers à domicile et les kinésithérapeutes ne seraient pas toujours suffisamment informés ni, au besoin, formés pour effectuer les soins postopératoires et repérer à temps d'éventuels problèmes. C'est pourquoi il semble essentiel que le médecin généraliste soit intégré à la boucle d'information dès la phase préopératoire. De plus, certaines régions connaissent actuellement un problème de disponibilité de médecins généralistes et d'infirmiers à domicile. Le défi consistera à faire collaborer les soignants de première ligne et l'hôpital avec ses spécialistes médicaux – le fossé qui les sépare est encore souvent grand – de façon constructive et sans accrocs, le but ultime étant de pouvoir offrir des soins postopératoires optimaux aux patients.

### 5.4.4. Clarification de la responsabilité médico-juridique

Il s'agit d'un aspect important aux yeux des experts consultés. Si l'on veut accroître le recours à la chirurgie de jour, il faut certainement l'approfondir.

## 5.5. Surveiller la qualité par la collecte de données, le monitoring et le feedback

Pour garantir la qualité des soins et être en mesure de détecter et résoudre précocement d'éventuels problèmes, il est crucial de mettre en place un **système de monitoring** des activités en chirurgie de jour. Au niveau international, un certain nombre d'indicateurs de qualité cliniques sont recommandés, tels que le nombre d'interventions annulées, les secondes interventions imprévues le même jour, les nuits non programmées, les réadmissions en chirurgie de jour ou à l'hôpital et la satisfaction du patient. Des listes d'indicateurs applicables à la chirurgie de jour ont été établies dans le cadre du « *Day Surgery Data Project (2009-2012)* », un projet cofinancé par la Commission européenne.



Dans ce même projet, un **système d'information standardisé** avec enregistrement des résultats (par exemple, (ré)-admissions non programmées, consultations aux urgences, complications, expériences patients) a été identifié comme l'un des facteurs essentiels à l'amélioration continue de la chirurgie de jour. Pour cela, il faut toutefois pouvoir se baser sur des données fiables. Or, nous savons que, par exemple, les codes de nomenclature INAMI sont utilisés fautivement, voire abusivement, et que des remboursements applicables à la chirurgie de jour sont imputés pour de petites interventions pratiquées en cabinet de consultation. S'attaquer à ces irrégularités serait déjà une première étape.

Mettre en place un **feedback systématique** sur la qualité des prestations de l'hôpital et des équipes médicales et les comparer à d'autres hôpitaux (**benchmarking**) peut aider à sensibiliser les soignants et à promouvoir la chirurgie de jour. De telles comparaisons inter-hospitalières des résultats et des processus permettent de comprendre pourquoi certains établissements réalisent moins d'interventions en chirurgie de jour que d'autres et de voir comment on peut les épauler pour lever les obstacles résiduels. Ainsi, la *British Association of Day Surgery* (BADS) transmet régulièrement ses commentaires aux hôpitaux sur leurs pourcentages de chirurgie de jour afin qu'ils puissent examiner leurs performances et les optimiser.

Le recoupement périodique ou systématique de ces données avec des **informations additionnelles sur le patient** (par exemple, isolement, degré d'autonomie, milieu socio-économique) pourrait délivrer des informations utiles.

## 5.6. Ne pas répercuter les coûts sur le patient

Ce n'est assurément pas au patient de payer les frais du glissement souhaité de la chirurgie classique vers la chirurgie de jour. Or, dans l'hospitalisation classique, les coûts des **produits médicaux** (comme les pansements) sont remboursés sur le budget de l'hôpital et les patients paient un forfait de 0,62 € pour les médicaments remboursés. Par contre, quand ils sont soignés à leur domicile, ils doivent souvent supporter eux-mêmes le coût des produits médicaux, et le ticket modérateur applicable à certaines catégories de médicaments remboursés est plus élevé. Le nombre de visites à domicile d'infirmiers et d'actes infirmiers qui sont admis au remboursement est également limité, sauf pour les patients bénéficiant d'un forfait infirmier A, B ou C (patients présentant une grande dépendance).

Le **transport** pour se rendre à l'hôpital et en revenir dans le cadre du suivi postopératoire pâtit de défauts similaires. Pour certains, ces frais supplémentaires sont couverts par l'assurance hospitalisation, mais cela dépend du type de contrat et tout le monde n'a pas une assurance de ce genre.

Enfin, on ne doit pas oublier que seuls les patients qui peuvent bénéficier chez eux du **soutien** voulu, sont actuellement éligibles pour la chirurgie de jour. Si l'on veut étendre celle-ci aux patients qui ne peuvent compter sur une telle aide, il faut donc rechercher une solution sans que les coûts épargnés sur une nuit de surveillance à l'hôpital soient répercutés sur eux.



## ■ RECOMMANDATIONS

*À l'attention de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, après avis des instances compétentes:*

- Pour la mise en place d'un nouveau financement, les listes existantes (liste A, listes des forfaits d'hôpital de jour des groupes 1 à 7, et les interventions générant un maxi-forfait) devraient être remplacées par une nouvelle liste générale des interventions chirurgicales électives (planifiées) qui peuvent être effectuées en toute sécurité en chirurgie de jour. Il faudrait également y spécifier l'option thérapeutique préférentielle (cabinet, chirurgie de jour, hospitalisation classique d'une ou deux nuits) ainsi que le niveau de substitution réalisable. L'élaboration de cette liste pourrait être effectuée par un comité consultatif faisant appel à des groupes de travail de chaque spécialité. Les données relatives à l'utilisation de la chirurgie de jour dans d'autres pays pourraient également être prises en compte.
- La liste devrait faire l'objet d'une évaluation annuelle et, si nécessaire être révisée :
  - Pour supprimer ou ajouter des interventions à la liste, et pour évaluer l'évolution des options thérapeutiques et des niveaux de substitution réalisables ;
  - Pour remédier aux problèmes d'enregistrement et de codage (p. ex. nomenclature imprécise) et éventuellement suggérer des adaptations de la nomenclature.
- Un incitant financier devrait être créé pour les interventions de la liste. La mise en œuvre de ce mécanisme de financement devrait être intégrée de manière cohérente aux autres réformes prévues pour le financement des hôpitaux (à savoir, clusters de soins à faible, moyenne et forte variabilité).
  - Pour les interventions électives (limitées aux classes de sévérité (SOI) 1 et 2) appartenant au cluster à faible variabilité (montant fixe par admission) :
    - Un montant unique par admission devrait être calculé et accordé pour chaque intervention de la liste quel que soit le type d'admission choisi. Ce montant devrait être une moyenne pondérée des coûts réels de l'hospitalisation classique et de la chirurgie de jour pour cette intervention. Les pondérations doivent être choisies en tenant compte des pourcentages actuels et souhaités de chirurgie de jour et d'hospitalisation classique.
    - L'opportunité d'un montant identique pour les niveaux de sévérité 1 et 2 doit être examinée.



- Pour les interventions électives (limitées aux classes de sévérité 1 et 2) appartenant au cluster à moyenne variabilité (Budget des Moyens Financiers), deux scénarios sont proposés. Le choix entre ces deux scénarios dépend des incitants financiers que l'on voudra donner à la chirurgie de jour :
  - Le premier scénario consiste à faire varier la durée de séjour justifiée actuelle de 0.81 jour (lits C) en fonction des incitants financiers que l'on veut donner à la chirurgie de jour par rapport à l'hospitalisation classique (supérieur ou inférieur à 0.81). Dans ce scénario, le calcul actuel de la durée de séjour justifiée en hospitalisation classique est maintenu.
  - Un deuxième scénario consiste à calculer une moyenne pondérée de la durée de séjour justifiée pour les hospitalisations classiques et des 0.81 jour pour la chirurgie de jour. Les pondérations doivent être choisies en tenant compte des pourcentages actuels et souhaités de chirurgie de jour et d'hospitalisation classique.
  - La définition actuelle des séjours classiques inappropriés se base sur une liste d'APR-DRG utilisés comme critères d'inclusion. L'hospitalisation classique pourrait être davantage découragée en remplaçant cette liste par une liste d'interventions dont le pourcentage de chirurgie de jour est très élevé ou dont le pourcentage de chirurgie de jour à atteindre est très élevé (p. ex. pourcentage cible au niveau du percentile 75). Le comité consultatif pourrait évaluer dans quelle mesure les autres critères de la définition actuelle (p. ex. âge) doivent être maintenus.
  - En attendant la réforme du financement des hôpitaux, les principes applicables au cluster à moyenne variabilité peuvent être appliqués à la liste complète des interventions de chirurgie élective.
- Pour les interventions électives (limitées aux séjours de sévérité 1 et 2) appartenant au cluster à forte variabilité, il est suggéré d'attendre les résultats de l'étude KCE dédiée au système de financement de ce cluster (juin 2017).
- Il faut veiller à ce que le choix entre la chirurgie de jour et l'hospitalisation classique soit financièrement neutre pour le patient, en particulier en ce qui concerne les coûts à l'extérieur de l'hôpital.
- Il faudrait instaurer un système de *feedback* fournissant aux hôpitaux et aux prestataires de soins les données sur leur pourcentage d'interventions réalisées en chirurgie de jour



comparé à ceux des autres hôpitaux et prestataires de soins (*benchmarking*). En outre, un certain nombre d'indicateurs de qualité (p. ex. ré-intervention non prévue, réadmission non prévue, séjour non prévu en hospitalisation classique, retour aux urgences et satisfaction du patient) devraient également être inclus dans le système pour permettre de surveiller la qualité et la sécurité de la substitution de l'hospitalisation classique par la chirurgie de jour et permettre les ajustements nécessaires. Ces informations pourraient également être rendues publiques.

*À l'attention de l'INAMI et du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :*

- Afin de minimiser autant que possible le risque d'*up-coding* et de fraude, il est indiqué de mettre en place un audit et un monitoring permanent de l'enregistrement, tant statistique que sur le terrain. Cet audit et ce monitoring devraient être menés conjointement par l'INAMI et le SPF. En outre, des sanctions financières devraient être appliquées en cas de fraude ou de contournement systématique des règles de codage et d'enregistrement.
- Afin d'éviter que certains codes de la nomenclature ne soient utilisés pour d'autres interventions que celles spécifiées en raison de l'absence de codes appropriés (p. ex. parce que la nomenclature n'a pas encore été adaptée à la pratique actuelle), il est important que la nomenclature soit maintenue à jour. Ceci doit se faire en consultation avec le SPF de façon à assurer une pleine cohérence avec la liste des chirurgies électives qui peuvent être effectuées en toute sécurité en chirurgie de jour.

*À l'attention des hôpitaux :*

- L'hôpital de jour chirurgical doit évoluer vers une infrastructure et un modèle d'organisation au sein desquels la chirurgie de jour se trouve moins en concurrence avec l'hospitalisation classique (p. ex. occupation des salles d'opération, activité des chirurgiens et anesthésistes).
- En outre, il faut également veiller à une optimisation de l'organisation et des processus, depuis la consultation préopératoire, où une information détaillée est proposée aux patients, jusqu'à l'organisation de la sortie de l'hôpital, la surveillance post-opératoire et la coordination avec la première ligne.





## COLOPHON

Titre :	Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? – Synthèse
Auteurs :	Roos Leroy (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Stefaan Van de Sande (ex-KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Claire Beguin (KCE)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Relecture :	Anja Desomer (KCE), Raf Mertens (KCE), Leen Verleye (KCE), Irm Vinck (KCE)
Experts consultés à l'INAMI et au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement :	Filip Ameye (RIZIV – INAMI), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Michel Gobeaux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Jean Legrand (INAMI – RIZIV), Ingrid Mertens (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Samira Ouraghi (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique)
Experts consultés pour des conseils statistiques :	Els Goetghebeur (UGent), Niel Hens (UHasselt)
Experts cliniques qui ont participé à une enquête et/ou ont participé à des réunions d'experts :	Laurence Abeloos (CHU Charleroi), Filip Ameye (AZ Maria Middelaers, Gent), Raberahona Mamisoa Andriantafika (Hôpital Baron Lambert, Bruxelles), Ernesto Bali (CHIREC, Bruxelles), Gilbert Bejjani (CHIREC, Bruxelles), Taoufik Ben Addi (CHIREC, Bruxelles), Denis Berghmans (Clinique Saint-Luc, Bouge), Guy Bergiers (Clinique de l'Europe, Bruxelles), Martine Berlière (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Luc Berwouts (Sint-Vincentius Ziekenhuis, Deinze), Sabine Bonnet (CHR Citadelle, Liège), Arnaud Bosteels (Kliniek Sint-Jan, Brussel), Jan Bosteels (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Peter Bouvry (AZ Alma, Eeklo), Jean-François Brichant (CHU Liège), Firas Cha'ban (Sint-Vincentius Ziekenhuis, Antwerpen), Cristo Chaskis (CHU Charleroi, Lodelinsart), Chaouki Choghari (Cliniques de l'Europe, Bruxelles), Marnix Claeys (Extramuraal Oogcentrum Okulus, Kortrijk), Frédéric Collignon (CHIREC, Bruxelles), Marc Coppens (UZ Gent), Christophe Daniel (CHU Liège), Giovanni Dapri (CHU Hôpital St Pierre, Bruxelles), Vincent Darche (CHR de Namur), Dimitris Dardamanis (CH, Jolimont), François Daubresse (CHR de Namur), Veerle De Boe (UZ Brussel), Jeremy De Brauwer (AZ Sint-Dimpna, Geel), Michael De Brucker (UZ Brussel & CHU Tivoli), Patrick De Brucker (AZ Sint-Maria, Halle), Joke De Ceulaer (AZ Sint-Jan, Brugge), Albert De Decker (Sint-Elisabeth Ziekenhuis, Brussel), Charles de Gheldere (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Frederic De Ryck (UZ Gent), Luc de Visscher (Clinique Saint-Luc, Bouge), Olivier De Witte (Hôpital Erasme, Bruxelles), Joke De Wolf (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Erik Debing (UZ Brussel), Arne Decramer (AZ Delta, Roeselare), Lieven Dedrye (Jan Yperman Ziekenhuis, Ieper), Philippe Deron (UZ Gent), Olivier Detry (CHU Liège), Bernhard Devos-Bevernage (CHIREC, Bruxelles & UZ Gent), André D'Hoore (UZ Leuven), Christophe Dransart (CHU UCL, Namur), Johnny Duerinck (UZ Brussel), Wim Duyvendak (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Fridoline Ebongo (Hôpitaux Iris Sud, Bruxelles), Lara El Hayderi (CHU Sart Tilman, Liège), Stefan Evers (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Patrice Forget (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Philippe Fosseppez (CHU UCL, Namur), Inge Fourneau (UZ Leuven), Ester Geerts (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Benedicte Geniets (GZA, Antwerpen), Marie-



Pierre Geortay (CHR Verviers East Belgium), Bernard Geulette (CHIREC, Braine-L'alleud/Waterloo), Evy Gillet (UVC Brugmann, Brussel), Karel Gilliams (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Joseph Gitani (CHIREC, Bruxelles), Jennifer Goedbloed-Laros (Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Overpelt), Vincent Gombault (CHIREC, Bruxelles), Claude Hallet (CHU Liège), Luc Hankenne (CHR Verviers East Belgium), Alexandre Hébert (CHR Verviers East Belgium), Ellen Hendrickx (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Frans Indesteege (ZOL, Genk), Ruben Jacobs (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Joseph Jaucot (CHR Mons-Hainaut & Hôpital de Warquignies), Oscar Kallai (Hôpital Erasme, Bruxelles), Véronique Keppenne (CHU Liège & CHR Huy), Ivan Kerschaever (RZ Heilig Hart, Tienen), William Kurth (CHU Liège), Frédéric Lardinois (CHR Verviers East Belgium), Ines Lardinois (CHU St Pierre, Bruxelles), Bernard Lefebvre (Grand Hôpital de Charleroi), Paul Legrand (Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Overpelt & UZ Leuven), Etienne Lejeune (Clinique Saint-Luc, Bouge), Fabienne Liebens (CHU Hôpital St Pierre, Bruxelles), Johan Maes (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Olivier Manil (CHR Huy), Jan Marcelo (AZ Klina, Brasschaat), Peter Martens (Jessa Ziekenhuis, Hasselt), Benjamin Mattelaer (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Mireille Merckx (Jan Portaels Ziekenhuis, Vilvoorde & UZ Gent), Marianne Mertens (ZNA Middelheim, Antwerpen), Mark Meskens (Europaziekenhuizen, Brussel), Dirk Michielsen (UZ Brussel), Benedicta Michielssen (CHU UCL, Namur), Mieke Moerman (AZ Maria Middelaes, Gent & AZ Groeninge, Kortrijk), Benoît Monami (CHC Clinique St Joseph, Liège), Joelle Mostin (CHU Dinant), Xavier Nelissen (Clinique ND, Liège & Clinique Saint-Joseph, Liège), Ivo Nijs (ZOL, Genk), Arjen Nikkels (CHU Sart Tilman, Liège), Katia Ongenae (UZ Gent), Dieter Ost (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Ann Pastijn (UMC St Pieter, Brussel), Frederik Peeters (AZ Klina, Brasschaat), Nicole Pouliart (UZ Brussel), Caren Randon (UZ Gent), Peter Raus (UZ Brussel & Heilig Hartziekenhuis, Mol), Hervé Reyckler (Clinique Saint-Luc, Bouge), Shandra Robaye (CHU Godinne), Thibert Robillard (CHU, Namur), Philippe Rombaux (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Jean Rondia (CHR Citadelle, Liège), Aleid Ruijs (CH de Wallonie Picarde, Hôpital Notre Dame, Tournai), Vassiliki Samartzi (Hôpital de Jolimont, Haine-St-Paul), Jean-Christophe Schobbens (ZOL, Genk), Herman Schroe (ZOL, Genk), Koenraad Schwagten (Koningin Paola kinderiekenhuis (ZNA), Antwerpen), Carine Schwall (CHR Verviers East Belgium), Dirk Smets (UZ Brussel), Patrick Smits (AZ Sint-Dimpna, Geel), Jean-Luc Squifflet (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Myrjam Struyven (AZ Alma, Eeklo), Véronique Suars (CHU UCL, Namur), Marie-José Tassignon (UZA, Edegem), Barend te Rijdt (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), An Teunkens (UZ Leuven), Tom Theys (UZ Leuven), Wiebren Tjalma (UZA, Edegem), Bertrand Tombal (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Patrick Tonnard (Esthetisch Medisch Centrum 2 (EMC2), Sint-Martens-Latem & AZ St Lucas, Gent), Michel Triffaux (CH de Wallonie Picarde, Tournai), Turgay Tuna (Hôpital Erasme, Bruxelles), Michel Van Boven (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Jean-Pierre Van Buyten (AZ Nikolaas, Sint-Niklaas), Joachim Van Calster (UZ Leuven), Gregg Van de Putte (ZOL, Genk), Jean Van de Stadt (Hôpital Erasme, Bruxelles & Institut Jules Bordet, Bruxelles), Marc Van de Velde (UZ Leuven), Nele Van De Winkel (UZ Brussel), Frank Van der Aa (UZ Leuven), Dieter Van der Linden (Jan Yperman Ziekenhuis, Ieper), Kurt Van Der Speeten (ZOL, Genk), Johan Van Ginderachter (AZ Maria Middelaes, Gent), Jean-Paul Van Gossum (Clinique Saint-Jean, Bruxelles), Bruno Van Herendael (ZNA Stuivenberg, Antwerpen), Tom Van Isacker (AZ Sint-Lucas, Brugge), Antoon Van Raebroeckx (Imelda Ziekenhuis, Bonheiden), Dirk Van Raemdonck (UZ Leuven), Dirk Van Roost (UZ Gent), Hilde Van Sande (Heilig Hart Ziekenhuis, Lier), Kathy Vander Eeckt (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), Inga Vanhandenhove (AZ Monica, Antwerpen & Deurne), Dimitri Vanhauwaert (AZ Delta,



Roeselare), Marian Vanhoeij (UZ Brussel), Mieke Vanhoonacker (Clinique Saint-Luc, Bouge), Marcel Vercauteren (UZ Antwerpen), Paul Vercruysse (Sint Augustinus Ziekenhuis (GZA), Wilrijk), Hubert Vermeersch (UZ Gent), Kristien Vermeulen (UZ Leuven), Marc Vertruyen (Clinique de l'Europe, Bruxelles), Dirk Vervloessem (ZNA Paola Kinderziekenhuis, Antwerpen), Etienne Veys (Clinique ND de Grâce, Gosselies), David Waltregny (CHU Sart Tilman, Liège), Steven Weyers (UZ Gent) en Demet Yuksel (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles)

Stakeholders :

Thierry Ballet (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Xavier Banse (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)); Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Jean-François Brichant (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Michel Cobut (Mutualités Chrétiennes), Kenneth Coenye (Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS)), Claudio Colantoni (Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)), Jean-Luc Demeere (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)), Bart Demyttenaere (Socialistische Mutualiteiten), Koenraad Detobel (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Claude Hallet (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Ingrid Nolis (Zorgnet – Icuuro), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen), Ann Van de Velde (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Luc Van Outryve (Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS))

Validateurs externes :

Guy Bogaert (UZ Leuven), Sandra Gomez (Fédération Hospitalière de France), Gaetan Lafortune (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD))

Remerciements :

Piet Calcoen (DKV Belgium), François Château (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Sam Cordyn (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen), Stephan Devriese (KCE), Nicolas Fairon (KCE), Yves Genot (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Isabelle Hirtzlin (Université Paris 1), Laurence Kohn (KCE), Pierre Luysmans (UZ Leuven), Pierre Mahy (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Benoît Navez (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Christian Raftopoulos (Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles), Bruno Ruebens (Nationaal Verbond Socialistische Mutualiteiten), Walter Sermeus (KU Leuven), Kirsten Stulens (Ethias), Daniel Sutcliffe (NHS England), Olena Talavera (NHS England), Melissa Thirion (Assuralia), Ellen Tratsaert (AG Insurance), Valérie Van Heeschvelde (Verzekeringen CM-Vlaanderen), Gigi Veereman (KCE), Leen Verleye (KCE)

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et les intervenants qui ont été consultés pour ce rapport ont été choisis en raison de leur implication dans la chirurgie de jour en Belgique. Par conséquent, ils ont tous, par définition, un certain degré d'intérêt pour le thème principal de ce rapport

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst



**Disclaimer :**

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 31 mars 2017  
Domaine : Health Services Research (HSR)  
MeSH : Ambulatory surgical procedures; Belgium; Health Service Research; "Delivery of health care"  
Classification NLM : WO 192 Ambulatory Surgical Procedures  
Langue : Français  
Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2017/10.273/07  
ISSN : 2466-6440  
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Leroy R, Camberlin C, Lefèvre M, Mistiaen P, Van den Heede K, Van de Sande S, Van de Voorde C, Beguin C. Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 282Bs. D/2017/10.273/07.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.