



**SUJET : CHIRURGIE MEDICO-ECONOMIE HEPATO RHUMATO ORTHOPEDIE UROLOGIE
HOPITAL GASTRO-ENTERO CLINIQUE ESPIC**

Intérêt médico-économique des programmes de réhabilitation rapide post-chirurgie en France

PARIS, 31 décembre 2014 (APM) - Les programmes de réhabilitation rapide après chirurgie semblent être bénéfiques à la fois en termes cliniques pour les patients et économiques pour les hôpitaux, suggère une étude française de simulation médico-économique à paraître dans la Presse médicale.

La réhabilitation rapide après chirurgie (RAC ou RRAC ou ERAS en anglais pour "enhanced rehabilitation after surgery", ou "fast track surgery", "accelerate recovery programs") consiste à organiser une prise en charge globale et multidisciplinaire autour du patient en péri-opératoire dans l'objectif d'une récupération rapide et en conséquence d'une baisse de la morbi-mortalité et d'une réduction de la durée d'hospitalisation, rappellent Véronique Faujour des Hospices civils de Lyon (HCL) et ses collègues.

Ces programmes, particulièrement développés en chirurgie digestive, ont montré leur intérêt médico-économique mais aucune étude n'a évalué les enjeux économiques de cette approche en France.

Les chercheurs ont mené une étude de simulation médico-économique au sein de cinq services de chirurgie digestive, orthopédique et urologique des HCL dans le cadre de la mise en place de protocoles de réhabilitation améliorée.

Pour cela, ils ont utilisé les bases de données médicales pour la chirurgie colorectale, pancréatique et hépatique, la chirurgie de la hanche, du genou ou de la coiffe des rotateurs, ainsi que la chirurgie de la vessie. La catégorie des groupes homogènes de séjour (GHS), leur niveau de sévérité et leur niveau de rémunération ont été identifiés puis un tri par durée de séjour a été effectué. Les séjours ont fait l'objet d'une valorisation en journées lits économisées, dans l'hypothèse d'une politique globale de mise en place de protocoles de réhabilitation rapide (entre deux et quatre jours, selon les interventions).

La valeur de la journée d'hospitalisation était calculée en faisant la distinction entre les coûts fixes liés à la possession d'une chambre, les coûts fixes de personnel et ceux variables, issus des outils de la comptabilité analytique du CHU. Une distinction a été faite entre les charges variables qui fluctuaient avec l'activité et les charges fixes qui étaient indépendantes.

Les coûts de mise en oeuvre du projet, de l'hospitalisation (périodes pré-, per- et postopératoires) et de soutien du niveau d'exigence sur la durée ont été pris en compte.

Selon les résultats, il apparaît que le gain estimé représentait, pour l'ensemble des sept groupes d'actes et de séjours sélectionnés au sein des cinq services pilotes, entre 2.340 et à 3.200 journées lits sur une année complète, soit l'équivalent d'un peu plus de six à huit lits, occupés 365 jours sur 365.

Les coûts fixes et variables n'avaient pas la même valeur selon les disciplines. Les chercheurs ont retenu un "forfait gain à la journée" d'une valeur standard de 180 euros (estimation a minima) et calculé qu'entre les dépenses de mise en oeuvre et les gains en journées, le solde était de 202.000 euros pour une année pleine en début de déploiement.

"Le gain potentiel ne peut être celui-là puisque la montée en charge s'étale sur deux à trois années. Ce n'est qu'en cas de succès à grande échelle et gros volume, qu'on pourrait s'attendre en année pleine, à un retour sur investissement de 288.000 euros [correspondant] au surcoût pérenne (dépendance de personnel de coordination) moins le gain sur les journées", commentent les auteurs.

Ils estiment que malgré les biais méthodologiques de cette étude, les protocoles de RRAC offrent "un modèle d'avenir", suggérant des pistes pour trouver de meilleures marges de rentabilité économique et minorer les coûts d'initialisation des programmes.

"L'installation de tels protocoles est possible mais des barrières doivent être surmontées: celles relatives à la gestion financière et l'investissement initial pour introduire ces pratiques cliniques et les règles d'organisation de l'hôpital; celles relatives au personnel qui doit intégrer ce savoir-faire et modifier ses pratiques en matière de préparation du patient à son parcours de soins (amont et aval) et celles relatives au patient lui-même", soulignent les auteurs.

"Cette approche présente une moindre morbidité et un meilleur confort pour le patient, un travail d'équipe motivant pour les soignants, et un moindre coût pour la société. Il nous reste à développer les manières de soutenir cette innovation d'organisation à l'hôpital."

La Haute autorité de santé (HAS) prépare un rapport d'orientation sur les programmes RAC afin d'aider les professionnels à la mise en place de protocoles et à leur évaluation. Selon la [note de cadrage](#) publiée en septembre, ce document doit être diffusé au deuxième trimestre 2015, note-t-on.

Dans cette note de cadrage, la HAS relève que plusieurs offres en réhabilitation rapide ont été identifiées, en particulier au sein d'établissements des HCL (Edouard Herriot et Croix-Rousse), de l'hôpital Saint-Joseph/Saint-Luc à Lyon, du CHU de Clermont-Ferrand (qui participe à cette étude de modélisation médico-économique) et cinq cliniques du groupe Capio (Paulmy à Bayonne, Sainte-Odile à Haguenau, Claude Bernard à Ermont, Provence à Orange et la Sauvegarde à Lyon, cf APM SNQIA001), et qu'un groupe européen francophone (France, Belgique, Suisse) dénommé Grace a été créé en janvier dans l'objectif de développer un cahier des charges et labelliser une vingtaine de centres experts.

(Presse médicale, édition en ligne du 22 décembre)

ld/san/APM polsan
redaction@apmnews.com

LD6NHELFF 31/12/2014 13:59 ACTU

©1989-2014 APM International.