

APPROCHE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA CHIRURGIE HERNIAIRE EN AMBULATOIRE.

NIBOUCHEA ML⁽¹⁾, GOUASMIA F⁽¹⁾, BELKHERAZ L⁽¹⁾, DJEROUA K⁽¹⁾,
LAMARA A⁽²⁾.

1)Service de CTCV, Hôpital Militaire Régional Université de Constantine 3.

2)Service de Chirurgie Générale, Hôpital Militaire Régional Université de Constantine 3.

RÉSUMÉ:

Il s'agit d'une étude prospective évaluant le coût de la prise en charge en ambulatoire des hernies inguinales. Le coût de la prise en charge de ces patients a été calculé et comparé au coût de la prise en charge classique. Nous avons calculé d'abord le coût des techniques d'anesthésie locale, de rachi-anesthésie et d'anesthésie générale puis le coût des techniques chirurgicales et enfin le coût économisé en évitant l'hospitalisation classique des patients. Dans notre structure hospitalière, le coût direct d'une cure de hernie inguinale sous anesthésie locale selon la technique de Lichtenstein en ambulatoire avoisine les 25.000 DA, alors qu'il atteint les 100.000 DA pour une cure sous anesthésie générale (AG) en hospitalisation classique selon la même technique chirurgicale soit un gain de 75.000 DA et une réduction en coût de 75%. Conclusion: la prise en charge en chirurgie ambulatoire de l'hernie inguinale, permet un taux de complication faible, une reprise rapide des activités, un index de satisfaction élevé et une réduction en coût considérable.

Mots clés : Hernie inguinale, Chirurgie ambulatoire, Economie de santé.

ABSTRACT: MÉDICO-ÉCONOMIC OF THE AMBULATORY SURGERY FOR HERNIA APPROACHES.

It is about an exploratory study evaluating the cost of ambulatory surgery for inguinal hernia. The cost of ambulatory surgery for inguinal hernia of these patients was calculated and compared with the cost of the traditional surgery. We initially calculated the cost of the techniques of local anesthesia, rachi-anesthesia and general anesthesia then the cost of the surgical techniques and finally the cost saved by avoiding the traditional hospitalization of the patients. In our hospital structure, the direct cost of a cure of inguinal hernia under local anesthesia according to the technique of Lichtenstein into ambulatory surgery borders the 25.000 DA, where as it reaches the 100.000 DA for a cure under general anesthesia in traditional hospitalization according to the same surgical technique either a profit of 75.000 DA and a reduction in cost of 75%. Conclusion: the ambulatory surgery of the hernia inguinal, allows a low rate of complication, a fast recovery of the activities, a high index of satisfaction and a considerable reduction of cost.

Key words: Inguinal hernia, Ambulatory Surgery, Health economy.

INTRODUCTION

Actuellement, la prise en charge de l'hernie inguinale est orientée vers un allègement des techniques chirurgicales, anesthésiques, de séjour hospitalier et du coût global. Les critères de jugement des opérations des hernies inguinales ont évolué: avant les années 1970, seule était prise en considération la non-récidive de la hernie, dans les années 1980, l'exigence d'un meilleur confort postopératoire s'est ajoutée à celle des bons résultats cliniques, à partir des années 1990, interviennent de plus en plus les considérations économiques et les coûts pour la société.

L'objectif de notre étude est d'évaluer le taux de réduction du coût de la prise en charge de cette pathologie en supprimant les hospitalisations inutiles et en adoptant des techniques anesthésique et chirurgicale moins coûteuses avec un maximum de sécurité pour le patient, un taux de morbidité moindre et un index de satisfaction des patients meilleur; dans le cadre d'une politique d'économie de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Trois cents douze patients présentant une hernie inguinale symptomatique, ont été traités entre janvier 2009 et décembre 2011, en unité de chirurgie ambulatoire (UCA) au sein du service de chirurgie générale à l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine. Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, descriptive dont l'objectif était l'évaluation du coût de la prise en charge de l'hernie inguinale en ambulatoire dans notre structure. Le coût de la prise en charge de ces patients a été calculé et comparé au coût de la prise en charge classique. Nous avons calculé d'abord le coût des techniques d'anesthésie locale, de rachi-anesthésie et d'anesthésie générale puis le coût des techniques chirurgicales et enfin le coût économisé en évitant l'hospitalisation classique des patients.

RESULTATS

Dans notre structure hospitalière, selon les données du service des finances, une anesthésie générale (AG) pour cure de hernie inguinale coûte environ 6000 DA (Dinar algérien) contre seulement 1000 DA pour une anesthésie locale (AL) type bloc ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral (BIIG) associée à une sédation, soit une réduction de 83%. L'intervention de Lichtenstein coûte environ 25.000 DA sous anesthésie locale (AL) dans notre structure contre 23.000 DA pour une herniorraphie type Bassini par exemple, sous le même type d'anesthésie, ce coût est multiplié par trois pour les techniques laparoscopiques. Le coût journalier en service de chirurgie générale est estimé à 24000 DA, ainsi nous avons pu épargner, rien qu'à travers notre série qui comportait 312 patients traités totalement en ambulatoire, 936 journées d'hospitalisation en prenant comme durée moyenne de séjour hospitalier de trois jours pour une prise en charge en mode hospitalisation classique.

Ainsi, dans notre structure hospitalière, le coût direct d'une cure de hernie inguinale sous anesthésie locale (AL) selon la technique de Lichtenstein en ambulatoire avoisine les 25.000 DA, alors qu'il atteint les 100.000 DA pour une cure sous AG en hospitalisation classique selon la même technique chirurgicale soit un gain de 75.000 DA et une réduction en coût de 75%.

DISCUSSION

En Algérie, le coût global de la chirurgie des hernies inguinales de l'adulte n'est pas connu. Des études économiques réalisées dans des pays occidentaux ont toutefois montré que le coût global de la chirurgie herniaire est sensiblement diminué par la

chirurgie ambulatoire [1, 2].

Le coût direct est simple à évaluer, il concerne les frais péri-opératoires et les frais d'hospitalisation. Le coût indirect est plus difficile à évaluer, chez les sujets professionnellement actifs, il dépend surtout de la durée de l'arrêt de travail. Ainsi, une technique chirurgicale ayant un coût direct faible et une convalescence prolongée peut être globalement plus chère qu'une technique ayant un coût direct élevé et une convalescence brève [3]. Concernant le coût direct, les études ont montré après calcul des coûts incrémentiels en salle d'opération et en salle de réveil en fonction de la technique d'anesthésie que c'est avec la technique d'anesthésie locale, monitorée, que l'on obtient le meilleur rapport coût bénéfice, tout en tenant compte du degré de satisfaction des patients [4,5].

Dans une étude comparative américaine concernant les coûts péri opératoires des différentes techniques anesthésiques lors de la cure de l'hernie inguinale, l'anesthésie locale avec sédation a coûté moins chère que l'anesthésie générale et la rachianesthésie [5] (tableau I).

Tableau I. Coûts péri-opératoires en Dollars US (USD) en fonction des techniques anesthésique [5].

Coûts périopératoires (USD)	Anesthésie locale avec sédation	Anesthésie générale	Rachi anesthésie
Coût total des produits utilisés	34,81±17,56	51,44±14,80	18,16±9,76
Coût du consommable	5,27±3,80	14,69±0,68	14,58±2,78
Coût du travail	115,05±26,67	130,08±27,91	132,71±23,89
Coût total	132,73±33,80	172,67±29,82	164,97±31,03

Le coût total inclut non seulement celui des produits anesthésiques mais aussi celui de la charge de travail nécessaire à la prise en charge des effets secondaires (par exemple; les nausées et les vomissements, les rétentions d'urines,...).

Le coût des personnels constituant la plus grande part des dépenses au bloc opératoire comme en salle de réveil, les techniques d'anesthésie qui nécessitent de passer plus de temps au cours des différentes phases de la prise en charge de l'opéré seront les plus onéreuses [5,6].

En résumé, une réduction de la durée d'anesthésie grâce aux techniques de soins monitorés, la possibilité de court-circuiter la salle de réveil et une diminution de la durée de séjour en salle de repos sont autant de facteurs de réduction des coûts d'une structure de santé.

Concernant le choix de la technique chirurgicale et d'après une étude française sur l'évaluation du coût hospitalier de la chirurgie herniaire [7], il n'existe pas de différence de coût entre les interventions sans prothèse et les interventions type Lichtenstein ou avec Plug: en moyenne 1603€ (Euro) contre 1658€ et 1656€ respectivement. Les interventions selon Stoppa et Rives évaluées à 2587€ et 2411€, présentent une différence significative avec les précédentes ($P<0.001$). Les interventions par laparoscopie, de coût moyen évalué à 1993 €, présentent également une différence de coût significative avec les interventions de type Lichtenstein ou avec Plug. La technique de Lichtenstein présente donc un meilleur rapport qualité-prix [3,4,7,8,9].

Le coût moyen de séjour pour une intervention de hernie inguinale par voie classique en Belgique, par exemple, est de 962€

pour une durée moyenne de 3 jours, il est seulement 128€ pour une hospitalisation de jour, soit 834€ de différence [10].

Dans notre structure hospitalière, selon les données du service des finances, une AG pour cure de hernie inguinale coûte environ 6000DA contre seulement 1000DA pour une AL type BIIG associée à une sédation, soit une réduction de 83%. Cette différence du coût est plus nette dans notre série par rapport à l'étude américaine [5] où on ne retrouve que seulement 23% de différence du coût (172/132USD), cela est expliqué par le fait que, dans notre série, la technique d'AL était réalisée par le chirurgien lui-même ce qui permet d'économiser le surcoût imputé aux frais du médecin anesthésiste.

Le coût journalier en service de chirurgie générale est estimé à 24000DA, ainsi nous avons pu épargner, rien qu'à travers notre série qui comportait 312 patients traités totalement en ambulatoire, 936 journées d'hospitalisation en prenant comme durée moyenne de séjour hospitalier de 3 jours pour une prise en charge en mode hospitalisation classique.

Si on multiplie cette différence en coût pour les milliers de patients opérés chaque année dans notre pays pour une hernie inguinale, le gain d'argent pourrait s'élever à plusieurs centaines de millions de dinars par an.

Le coût annuel hospitalier du traitement des hernies inguinales avoisine les 305 millions d'euros et coûte 20 millions d'Euros/an à la sécurité sociale en France [7].

Le chirurgien doit aussi être économiste par nécessité d'Etat [6], il doit y penser en faisant le choix d'une technique anesthésique, chirurgicale ou de son mode de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation classique).

La politique de santé dans de nombreux pays étrangers est en pleine révolution, la prise en charge en ambulatoire n'est plus limitée aux actes de chirurgie «mineurs», les progrès des techniques chirurgicales, des techniques anesthésiques (contrôle du réveil, des douleurs, des nausées et vomissements postopératoires), la réhabilitation précoce et les nouveaux procédés d'organisation des soins centrés sur le patient ont permis de repousser les frontières de la chirurgie ambulatoire.

Les motivations qui poussent à développer ce type de chirurgie peuvent paraître quelques fois surprenantes ou tout au moins non directement en lien avec les objectifs premiers de la chirurgie ambulatoire. En Angleterre, par exemple, la prise en charge ambulatoire de la cholécystectomie est mieux rémunérée que la cholécystectomie en hospitalisation classique [11].

Le nombre des hernies inguinales chez l'adulte constitue un «gisement» important pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Le taux des journées d'hospitalisation potentiellement épargnées est loin d'être négligeable [1]. La chirurgie herniaire en ambulatoire permet une rotation importante des patients d'où limitation du nombre de lits et l'avantage de n'être pratiquée que le jour, ce qui évite toute surveillance nocturne, d'où, là encore, des gains de productivité. Il est clair cependant que si les données économiques sont à l'heure actuelle un facteur de choix dans la décision d'un traitement, le chirurgien doit rester à jour face aux publications de résultats économiques obtenus par des moyens divers.

CONCLUSION

Les progrès techniques, principalement la chirurgie mini invasive et l'anesthésie locale, les changements de mentalité et la nécessaire maîtrise du coût de la santé, ont permis l'essor et le développement de la prise en charge de la hernie inguinale en chirurgie ambulatoire.

Dans l'environnement économique actuel, il est important d'examiner les répercussions des techniques anesthésiques et

chirurgicales ainsi que le mode d'hospitalisation sur les coûts de la santé et la récupération postopératoire des patients. Notre étude n'apporte dans ce sens qu'une petite contribution.

Pour l'heure, en effet, il n'existe pas à notre connaissance d'étude nationale prenant en compte le coût de la prise en charge des hernies inguinales comme critère principal d'évaluation.

Ce serait pourtant le type d'étude nécessaire pour lancer une nouvelle stratégie de prise en charge de cette pathologie très fréquente en milieu militaire.

RÉFÉRENCES

1. Busson O, Doussin A, Sourty Le Guellec M.J. «Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire: l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales», biblio, n° 1303; questions d'économie de la santé, n°30 CREDES, mai 2000.
2. Prevost P, Taillanter L. Chirurgie ambulatoire-étude comparative des coûts en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire, (ERSM de Bretagne), Rennes. Mars 1998.
3. Ananian P, Barrau K, Balandraud P Le, Treuty P. Cure chirurgicale des hernies inguinales De l'adulte: Enjeux cliniques, fonctionnels et économiques des pratiques chirurgicales. J Chir. 2006; 143, 27.
4. Simons P et al. EHS guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009; 13: 343-403.
5. White PF. Anesthésie-analgésique sans opiacés en chirurgie ambulatoire. Le praticien en Anesthésie-Réanimation. 2005; 9: 1.
6. Gerson C, Bons-Letouzey C, Sicot C. Responsabilité et coût en chirurgie. Ann Chir. 2001; 126: 346-54.
7. Brigand C, Wait S, Thorn S, Schaffer P. Evaluation du coût hospitalier de la chirurgie herniaire. Chirurgie Des Hernies Inguinales De L'adulte. 103^{ème} Congrès Français De Chirurgie. Arnette 2001.
8. Marre PJ, Damas J, Penchet A, Pélissier EP. Traitement de la hernie inguinale de l'adulte: résultats des réparations sans tension. Ann. Chir. 2001; 126: 644-8.
9. Marre P, Pitre J, Timores A. Cure de hernie inguinale chez l'adulte selon le procédé de lichtenstein. Résultats À 10 Ans. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2009; 8(2): 46-4.
10. Vons C. L'ambulatoire va être la norme de prise en charge pour une grande partie des patients opérés en chirurgie digestive et viscérale. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2010; 10(3): 027-031.
11. Vons C et al. Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte. Journal de Chirurgie. 2010; 147(4): S55-S122.