CNG

CONCOURS OUVERTS LES 22, 23, 24 ET 25 JUIN 2021 POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL

CONCOURS EXTERNE – EXTERNE SPECIAL dit «Talents » - INTERNE ET TROISIEME CONCOURS

MERCREDI 23 JUIN 2021

2ème épreuve écrite d'admissibilité

Durée 5 heures – Coefficient : 5

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 61 pages + 2 (sujet + sommaire).

SUJET

L'établissement dans lequel vous exercez, souhaite développer son unité de chirurgie ambulatoire. Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement vous demande de rédiger une note à partir des documents joints.

.../...

DOCUMENTS JOINTS **PAGES**

Document n°1

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation 1 à 3

Document n°2

Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 4 à 19

Document n°3

Revue Médicale Suisse 2010 : «Chirurgie ambulatoire: une voie incontournable» 20 à 23

Document n°4

La chirurgie ambulatoire en 12 questions (HAS/ANAP Avril 2012 24 à 27

Document n°5

Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire
Tarification en France et à l'étranger (HAS/ANAP Juin 2013 Synthèse) 28 à 36

Document n°6

Grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire (HAS Janvier 2015 Extraits) 37 à 48

Document n°7

Revue SOINS: N° 795 Mai 2015 «Les enjeux économiques de la chirurgie ambulatoire»
Frédéric BIZARD 49 à 52

Document n°8

Revue SOINS CADRES : Supplément n° 108 Avril 2017
«Le virage ambulatoire: vers un hôpital sans lit ?» 53 à 55

Document n°9

Revue de l'Infirmière: N° 233 Avril-Septembre 2017
«Accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire»
Ronan DUBOIS Directeur Groupe Confluent 56 et 57

Document n°10

Revue SOINS GERONTOLOGIE: n° 131 Mai Juin 2018 58
«Virage ambulatoire et pensée sloganesque» Editorial de Cyril HAZIF-THOMAS, Psychiatre et gériatre

Document n°11

Revue de l'Infirmière: N° 246 Décembre 2018
«Quel parcours de soins pour un patient détenu en chirurgie ambulatoire» 59 et 60

Document n°12

Article du site internet du CHRU de Nancy:
«Bénéficier d'une consultation pré-anesthésique à domicile, c'est possible» 61

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

NOR : *AFSH1222673D*

Publics concernés : *établissements de santé.*

Objet : *modification de certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

Notice : *le décret modifie certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète : il facilite les prises en charge à temps partiel ou celles d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et il renforce la qualité des soins au moyen d'une organisation spécifique formalisée, soumise à des indicateurs de qualité, et d'une évaluation. Il permet désormais la mutualisation des plateaux techniques et des personnels avec l'hospitalisation complète, en tenant compte du fonctionnement particulier propre à l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.*

Références : *le code de la santé publique peut être consulté, dans sa rédaction résultant du présent décret, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 15 mars 2012 :

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 6 juin 2012,

Décrète :

Art. 1er. – L'article D. 6124-301 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. D. 6124-301.* – Les dispositions de la présente section s'appliquent aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L. 6122-1. »

Art. 2. – Il est ajouté au même code un article D. 6124-301-1 ainsi rédigé :

« *Art. D. 6124-301-1.* – Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

« Toutefois lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.

« Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Les structures mentionnées au présent article peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé.

« Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

« Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. »

Art. 3. – L'article D. 6124-302 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « D. 6124-301 » est remplacée par la référence : « D. 6124-301-1 » ;

2° Au 2°, après les mots : « protocoles de soins », sont insérés les mots : « intégrant la prise en charge de la douleur » ;

3° Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« *4°* Le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux. » ;

4° Le sixième alinéa est supprimé ;

5° Au septième alinéa, après les mots : « en comportant notamment », sont insérés les mots : « des chambres ou » ;

6° Au neuvième alinéa, les mots : « , y compris la consultation anesthésique » sont supprimés et le mot : « salle » est remplacé par le mot : « zone ».

Art. 4. – L'article D. 6124-303 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'article D. 6124-301 » sont supprimés et après les mots : « la structure, » sont insérés les mots : « pendant la durée des prises en charge, » ;

3° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ; » ;

4° Au 3°, les mots : « et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité ».

Art. 5. – L'article D. 6124-304 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « la permanence et » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée. » ;

3° La seconde phrase du troisième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins. »

Art. 6. – L'article D. 6124-305 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. D. 6124-305.* – Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301-1 est établie et précise notamment :

« 1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;

« 2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;

« 3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;

« 5° Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure.

« La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins. »

Art. 7. – Il est créé au chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie réglementaire) une section 3 *bis* intitulée : « Etablissements d'hospitalisation à domicile » et qui comprend les articles D. 6124-306 à D. 6124-311.

Art. 8. – Les établissements de santé disposent d'un délai de neuf mois à compter de la publication du présent décret pour transmettre au directeur général de l'agence régionale de santé la charte de fonctionnement relative à chacune des structures alternatives à l'hospitalisation complète mentionnées à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique dont ils disposent.

Art. 9. – La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 août 2012.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3)

Personnes chargées du dossier :
Christelle Gallo, chargée de mission
Lydia Valdès, conseiller médical
tél. : 01 40 56 73 83
mél. : christelle.gallo@sante.gouv.fr
lydia.valdes@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution)

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

Date d'application : immédiate

NOR : AFSH1522968J
Classement thématique : Etablissements de santé - Organisation

Validée par le CNP, le 25 septembre 2015 - Visa CNP 2015-153
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : La présente instruction précise les objectifs et orientations du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 et les attendus en région
Mots-clés : chirurgie ambulatoire – programme national – actions régionales – établissements de santé
Textes de référence : articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique
Annexes : Annexe n°1 : Evolution du périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire Annexe n°2 : Méthodologie de transférabilité des séjours de chirurgie réalisés en

hospitalisation complète vers l'ambulatoire et rythme de progression au niveau national

Annexe n°3 : Cibles nationales et régionales de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020

Annexe n°4 : Maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale

Annexe n°5 : Cartographie des établissements de santé et propositions d'accompagnement

Annexe n°6 : Accompagnement des opérations de modernisation des établissements de santé via le FMESPP

Annexe n°7 : Fiche relative au décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

Annexe n°8 : Politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des campagnes tarifaires des établissements de santé

Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) s'inscrit dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) relatif aux « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », rendu public en janvier 2015, le ministère a défini les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020.

Un programme national de développement de la CA concerté avec l'ensemble des acteurs lors des Comités de pilotage réunis les 29 janvier et 18 mai 2015 a été défini pour les années 2015-2020.

La présente instruction a pour objet de préciser :

- les objectifs de développement de la CA en substitution de l'hospitalisation complète (HC) ;
- les orientations stratégiques nationales et les actions à déployer en région.

I. Les objectifs de développement de la CA à horizon 2020 et les économies associées

L'objectif est d'atteindre un taux global national de CA de 66.2% (nouveau périmètre) à horizon 2020. Cet objectif, fondé sur une méthode unique de transférabilité des séjours d'HC, est déterminé à partir des potentiels « personnalisés » de l'ensemble des établissements de santé (ES).

1. L'évolution du périmètre du taux global de CA

Dès 2015, le périmètre du taux global de CA évolue pour refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales (cf. annexe n°1).

Ce changement de périmètre a une incidence sur le taux global de CA. Ainsi, l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de CA de 54.7% en 2016.

Si le taux global de CA défini sur le nouveau périmètre constitue, dès 2015, l'outil de la contractualisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) Etat/ARS et ARS/ES, vous continuerez à disposer, à titre de repère, des taux de CA définis aux niveaux national, régional, par catégorie d'établissement et par établissement de santé, sur l'ancien périmètre[1].

[1] Ces données sont disponibles pour la période 2010-2014 depuis les onglets « Applications » /« Analyse d'activités spécifiques » / « Programme national de CA » / « Indicateurs globaux GDR » sur le site de l'ATIH : http://www.scansante.fr. Pour toute question, vous pouvez vous adresser à l'ATIH à l'adresse suivante : analyse_activite@atih.sante.fr.

2. La détermination du potentiel national de CA modulé dans le temps

Le potentiel national de CA retenu dans le cadre du programme national de développement de la CA correspond à celui du scenario « fort » privilégié par la Mission IGAS/IGF, fixé à 62.2% sur l'ancien périmètre, correspondant ainsi à un taux de CA national de 66.2% sur le nouveau périmètre. Il se fonde sur une méthodologie unique de détermination des potentiels de substitution des séjours d'HC vers la CA à partir de taux de transférabilité variables en fonction des durées moyennes de séjours (DMS) et des niveaux de sévérité des séjours. Cette approche permet d'envisager des potentiels de développement par ES et par région (correspondant à la synthèse de l'ensemble des potentiels des établissements de santé d'une même région). Une maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale permettant d'analyser plus finement les potentiels de développement par racine de GHM est mise à disposition[2] (cf. annexe n°4), ceci afin de faciliter notamment une approche via le case-mix de chaque ES.

La cible nationale de CA de 66.2%, fixée à horizon 2020[3], est modulée dans le temps pour permettre l'adaptation des organisations. Le ryhme de progression, envisagé en 2 temps, tient compte des avis des sociétés savantes qui ont déterminé, avec la DGOS, des fourchettes de développement dans chacune de leur spécialité à l'horizon de 2016[4].

Ainsi, le rythme de progression de la CA est le suivant :

- les années 2015 et 2016 correspondent à une phase de transition et d'adaptation des organisations, soit environ + 2.2 points de progression par an au niveau national. L'objectif national concerté avec les acteurs en 2011 d'un taux de CA de 50% à horizon 2016, sur l'ancien périmètre (soit 54.7% sur le nouveau périmètre) est conservé et constitue un point d'étape ;
- les années 2017 à 2020 correspondent à une phase de progression plus soutenue, soit environ +2.9 points de progression par an au niveau national (cf. annexes n°2 et 3).

3. Les économies associées au développement de la CA

Le développement de la CA doit permettre aux ES de réaliser des économies de fonctionnement au fur et à mesure que la pratique ambulatoire se généralise en substitution des prises en charge d'HC et que les organisations sont restructurées en conséquence.

Le plan national de développement de la CA participe ainsi à l'objectif d'économies du plan triennal 2015-2017 en contribuant à la réduction des capacités d'HC en chirurgie couplée, le cas échéant, aux actions générales de meilleure organisation des séjours et des plateaux techniques.

Parallèlement, la procédure de MSAP, initiée par la CNAMTS en 2008, va se poursuivre avec un élargissement du nombre de gestes concernés (de 43 gestes en 2013-14 à 55 gestes en 2015) pour cibler environ 200 ES sur la base du décret en cours d'examen au Conseil d'Etat qui sera publié mi-novembre. La CNAMTS poursuit également en lien avec l'ARS son action d'accompagnement des ES (MMH MCO) avec mise à disposition du taux de chirurgie ambulatoire des 55 gestes marqueurs (taux de l'établissement, régionaux et nationaux).

L'estimation cible des économies de fonctionnement, évaluées par l'IGF et l'IGAS à environ 600 millions d'euros au total, est retenue par le ministère. Elle est cependant modulée dans le temps, à un horizon 2020, afin de tenir compte :

- du temps nécessaire pour d'une part, la diffusion des pratiques et d'autre part, l'élaboration et la mise en œuvre effective des organisations de CA notamment pour les ES en phase de « démarrage » ;

---

[2] Ces données sont disponibles sur le site Scansanté de l'ATIH. Les sept spécialités chirurgicales sont les suivantes : chirurgie gynécologique, opthlamologique, ORL, orthopédique, stomatologique, urologique, viscérale et digestive. Les maquettes seront actualisées sur les données 2014 en septembre 2015

[3] L'horizon temporel est fixé à 2020 et non à horizon 2018 comme proposé par la mission IGAS/IGF

[4] L'agrégation des taux par spécialité rejoint l'objectif national d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 (ancien périmètre). Les travaux avec les sociétés savantes seront poursuivis afin de déterminer de nouvelles fourchettes de développement à l'horizon 2018. Toutefois, ces élements, s'ils constituent des élements d'appréciation de la faisabilité médicale en CA au niveau national ne peuvent s'appliquer à l'échelon d'un établissement, celui pouvant avoir un dégré de « maturité » variable en termes de pratique de CA et d'organisation

- de la soutenabilité des efforts d'économies demandés aux ES, ceux-ci devant se réorganiser avant de pouvoir dégager des marges d'efficience ;
- de la mise en œuvre des restructurations, notamment des fermetures de services ayant une faible activité de chirurgie.

Dans ce cadre, le ministère a ainsi retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie (cf. annexe n°8) qui s'établit à 400M€ à horizon 2017, décliné de la façon suivante : 80M€ en 2015, 160M€ en 2016 et 160M€ en 2017.
Il s'appuie en particulier sur l'arrêt des incitations tarifaires pour les racines en tarif unique dès que le taux de CA de la racine atteint au niveau national 80%, objectif de maturité proposé par les inspections générales (cf. annexe 8).

II. Les orientations stratégiques nationales et les actions à déployer en région

1. Améliorer l'organisation des structures pratiquant la CA sur la base d'objectifs de progression

L'enjeu est de parvenir, sur la base d'objectifs personnalisés par ES, à améliorer l'efficience des organisations pour développer la CA en substitution de l'HC.

Pour parvenir à cet objectif, vous disposez des taux de CA cibles annualisés par ES calculés selon la méthode définie au point I-2, à partir du case mix de l'établissement constaté en 2013[5]. Communiqués à titre indicatif pour servir de base aux dialogues CPOM ARS/ES, ces taux sont, en outre, à croiser avec les autorisations à l'activité de chirurgie. Pour la fixation des cibles annualisées, il conviendra de prendre en compte d'une part, les spécificités de l'établissement ainsi que son environnement externe et d'autre part, les caractéristiques de l'activité de chirurgie (domaine, volume, progression observée en CA) et le degré de maturité des organisations (blocs, UCA).). Ce niveau de maturité organisationnelle peut être évalué via l'outil de diagnostic ANAP/HAS « Interdiag chir ambu »[6] et l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire ANAP/ATIH (volume, indice d'organisation, case-mix, innovation)[7].
Il est important de rappeler que le développement de la CA doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit être en aucun cas le palliatif à une activité de chirurgie défaillante et qui fait l'objet d'une restructuration[8]. A titre indicatif, un outil de cartographie des ES est disponible en annexe N°5 visant à mieux cibler les actions à envisager.

Le rythme de progression de l'établissement vers l'objectif de 2020 est à intégrer dans la détermination des cibles contactualisées dans le cadre des CPOM ARS/ES (2012-2017).
Pour atteindre ces objectifs, il conviendra d'envisager avec l'établissement concerné les actions à conduire pouvant éventuellement faire l'objet d'une contractualisation. L'accompagnement que vous mettrez en œuvre est à déterminer en fonction des potentialités de développement propres à l'établissement considéré (cf. annexe n°5).
Des outils complémentaires[9] de nature organisationnelle ou d'ordre médico-économique sont mis à disposition :

- L'outil documentaire en ligne « Itinéraire chir ambu »[10] recommandé dans le rapport IGAS/IGF, permettant une meilleure appropriation des recommandations organisationnelles ANAP/HAS et les éléments du benchmark des bonnes pratiques cliniques ;
- L'outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire développé par l'ANAP[11] , accessible sur son site (OPEERA) qui permet notamment à un ES de mesurer l'impact économique et capacitaire du transfert d'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire, utilisable par les ARS et les ES ;
- Le logiciel de microcosting de la HAS[12] qui permet aux ES de calculer le coût réel de réalisation d'un geste chirurgical donné en CA, de le comparer aux recettes perçues et de

[5] Données transmises par l'intermédiaire du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
[6] http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/ ou http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/pour-evaluer-et-mettre-en-oeuvre/
[7] Bientôt disponibles
[8] Cet objectif était déjà affirmé dans le guide méthodologique SROS-PRS diffusé aux ARS en décembre 2010
[9] Développés par la HAS et l'ANAP dans le cadre de leur programme de travail pluriannuel 2012-2016 « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »
[10] http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/
11 http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-prospectif-devaluation-economique-relatif-a-lambulatoire-opeera/
[12] Le logiciel de microcosting peut être obtenu sur demande écrite auprès de la HAS via un formulaire à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2019007/fr/outil-logiciel-permettant-l-analyse-de-l-adequation-des-tarifs-aux-couts-de-production-de-la-chirurgie-ambulatoire-par-methode-de-microcosting

simuler la variation du coût dudit geste en fonction du volume des patients ou de nouvelles modalités d'organisation (ex : extension d'horaire de l'UCA).

Un accompagnement par l'ANAP de 250 établissements ex-DG est prévu pour la mise en œuvre du virage ambulatoire dans le cadre du programme d'économies ONDAM. Cet accompagnement repose sur des formations présentielles[13] et un mentorat jusqu'en 2017. Il a pour finalité de permettre une maitrise des fondamentaux, de comprendre les enjeux, d'identifier les freins et les leviers en vue de la mise en œuvre de leur propre modèle organisationnel, notamment celui de la CA, en particulier à partir des outils pré-cités.
A noter que les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de l'hospitalisation, dont l'expérimentation est prévue par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015[14], n'ont pas pour objectif premier le développement de l'activité de CA, même si elles peuvent y contribuer dans certaines situations.

2. Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins

L'enjeu est d'étendre la CA à des gestes/actes plus complexes, des pathologies plus lourdes, des populations plus diverses (comorbidités, patients âgés, etc.) et d'encourager l'inscription de la séquence chirurgicale réalisée en ambulatoire dans la mise en œuvre de parcours plus « complexes » (exemple : cancérologie) en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Pour parvenir à cet objectif, il convient :

- d'encourager la diffusion des bonnes pratiques entre les professionnels et les ES ;
- de soutenir et d'accompagner les projets d'équipes qui souhaitent développer des pratiques innovantes (médicales ou organisationnelles) et/ou toute opération concourrant à la modernisation des ES via le lancement d'appels à projets :
    - soit, initiés et financés en région ;
    - soit, à partir de crédits alloués via le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP[15]) selon des objectifs et une procédure décrits en annexe n°6 ;
- de participer à la mise en œuvre de l'appel à projets lancé par la DGOS, en lien avec l'INCa, visant à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie[16] ;

Dans un contexte d'extension de la pratique, vous veillerez à la qualité et la sécurité des prises en charge, corollaires indispensables du développement de la CA. Des outils complémentaires, d'amélioration interne des pratiques de CA, sont mis à disposition des ES lors de la démarche de certification. Il s'agit notamment de :

- la méthode d'audit de processus de l'activité de CA mise en œuvre lors de l'audit de processus du bloc ;
- la méthode du patient-traceur en CA[17].

Les indicateurs de processus et de résultats spécifiques à la CA, en cours d'élaboration par la HAS, seront expérimentés auprès d'ES volontaires fin 2015 - début 2016 et les résultats sont attendus en 2016. Les indicateurs de processus validés feront l'objet d'une 1ère campagne nationale de recueil en 2017 (sans diffusion publique) pour une généralisation prévue en 2018.

3. Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours

L'enjeu est d'inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture.

[13] La 1ère séquence de formation à la chirurgie ambulatoire s'étend d'octobre 2015 à janvier 2016. Inscription en ligne : http://formations-plan-triennal.anap.fr/module/index
[14] Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015
[15] Cf. décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
[16] Cf. instruction n° DGOS/R3/2015/222 du 1er juillet 2015 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer
[17] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire

Pour parvenir à cet objectif, il convient de favoriser le partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les professionnels de ville/médico-social et les professionnels hospitaliers, via la mise en place d'interfaces entre l'UCA et les professionnels de ville, notamment le médecin traitant (ex : lettre de sortie, messagerie sécurisée). Ces échanges, qui permettent au patient de disposer de l'information nécessaire au bon déroulement de son parcours, contribuent à la qualité des prises en charge et à une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs, notamment le médecin traitant qui pourra reprendre la prise en charge usuelle du patient (gestion des comorbidités, etc). Le lien avec la ville est d'autant plus important quand il s'agit de parcours plus complexes (exemple : CA en cancérologie, personnes âgées...).

Par ailleurs, les ARS sont invitées à rappeler aux ES, publics et privés, que les structures pratiquant la CA sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture y compris le dimanche et les jours fériés, soit directement soit par convention avec un établissement tiers[18]. Ainsi, le développement de la CA ne saurait se traduire par un déport sur la ville au motif d'un désengagement des équipes pratiquant la CA dans la gestion de la continuité des soins (cf. annexe n°7).

Vous accorderez une vigilance particulière à l'hospitalisation à domicile (HAD). En effet, l'HAD est un mode d'hospitalisation complète à part entière. C'est pourquoi, une CA suivie d'une HAD n'est pas une prise en charge ambulatoire et est à proscrire.

4. Développer la formation des acteurs

L'enjeu est d'accompagner la formation[19] d'équipes (médicale, paramédicale et administrative) aux multiples enjeux du développement de la CA : organisationnels, médico-économiques, de qualité et de sécurité des soins, de la coordination ville-hôpital et d'optimisation des capacités qui en découlent.

Pour parvenir à cet objectif, vous encouragerez le personnel soignant et non soignant à participer aux formations continues organisées en région. En effet, il convient de rappeler aux ES que la formation à la prise en charge des patients en CA est désormais obligatoire conformément à l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique.
Pour les établissements publics de santé, la formation qualifiante organisée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) est actualisée dès 2015 pour davantage prendre en compte les divers enjeux du développement de la CA[20]. Il conviendra d'en assurer une large diffusion et d'encourager la participation des équipes médicales et non médicales à cette formation au sein de ces ES.
Vous pouvez également, dans le cadre de la formation initiale des internes, développer l'agrément de nouveaux lieux de stage où se pratique la CA, après avoir recueilli l'avis du doyen et des coordonnateurs de stage de la spécialité concernée.

5. Assurer une large communication portant sur les bénéfices de la CA

L'enjeu est de lever les freins psychologiques au développement de la CA

Pour parvenir à cet objectif, un plan national de communication portant sur les avantages de la CA à destination des patients, des médecins traitants, des chefs d'établissements et des présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) sera déployé prochainement.
Vous veillerez, au niveau régional, à sensibiliser l'ensemble des parties prenantes de la CA par divers moyen en vous rapprochant éventuellement des acteurs locaux (ex : Caisses d'Assurances Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, etc).

---

[18] Conformément à l'article D.6124-304 du code de la santé publique
[19] L'article D.6124-301-1 du code de la santé publique rend obligatoire la formation de l'équipe médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge des patients en CA
[20] Cf. annexe n°16 de l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences de personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la Direction générale de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales

Annexe n°1- Evolution du périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire

Dès 2015, en plus des GHM chirurgicaux en C (hors CMD 14 et 15), entrent dans le périmètre du taux global de CA les racines suivantes :

- **4 racines de GHM en K, qui relèvent de pratiques chirurgicales nécessitant le passage au bloc opératoire** :
  - 03K02 : affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires ;
  - 05K14 : mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours ;
  - 11K07 : séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place d'accès vasculaires en ambulatoire ;
  - 12K06 : séjours comprenant une biopsie prostatique en ambulatoire ;

- **3 racines de GHM en Z, présentent dans la liste des 37 procédures de l'association internationale de chirurgie ambulatoire (IAAS[1])** :
  - 09Z02 : chirurgie esthétique ;
  - 14Z08 : interruptions volontaires de grossesse, séjours de moins de 3 jours ;
  - 23Z03 : interruptions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Tableau de correspondance des taux réalisés et des taux cibles de CA, ancien et nouveau périmètre, au niveau national :

	Taux réalisés				Taux cibles						
Années	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Ancien périmètre	37,8%	39,5%	40,8%	42,7%	45,1%	47,5%	49,9%	53,0%	56,1%	59,2%	62,3%
Nouveau périmètre	43,3%	44,9%	46,1%	48,0%	**50,2%**	**52,5%**	**54,7%**	**57,6%**	**60,5%**	**63,4%**	**66,2%**

[1] International Association for Ambulatory Surgery

Annexe n°2 - Méthodologie de transférabilité des séjours de chirurgie réalisés en hospitalisation complète vers l'ambulatoire et rythme de progression au niveau national

La détermination des cibles de CA repose sur deux étapes.

- **Etape n°1 : Détermination des potentiels de transférabilité des séjours d'HC vers la CA calculés en fonction du niveau de sévérité et de la durée des séjours** :

A chaque couple « niveau de sévérité/durée de séjour » est appliqué un taux de transférabilité (en %) tenant compte des contraintes liées aux admissions par le service des urgences et des critères socio-économiques des patients. Les niveaux de sévérité 3 et 4 des séjours sont exclus de l'analyse des potentiels. **Ces taux de transférabilité par couple sont reproduits dans le tableau ci-dessous** :

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2
Durée de séjour	1	2	3	4	> 4	3	4	> 4
Taux de transférabilité	**80%**	**70%**	**20%**	**10%**	**10%**	**10%**	**5%**	**5%**

L'application de ces taux figurant dans le tableau ci-dessus permet la détermination d'une cible de CA à atteindre à horizon 2020 par ES, au niveau régional et au niveau national.

A noter que pour :

- Les racines comportant un T, les taux de transférabilité des séjours en T1 et en T2 sont respectivement ceux du niveau 1 et 2 du tableau ci-dessus ;
- Les racines, ajoutées au périmètre du taux global de CA, qui n'ont pas de niveau de sévérité, les taux de transférabilité appliqués sont ceux définis pour le niveau 1. Cela concerne les racines suivantes : 05K14, 11K07, 12K06, 14Z08, 23Z03 ;
- La racine 03K02, également ajoutée au périmètre du taux global de CA, les taux de transférabilité sont ceux du tableau ci-dessous avec exclusion des niveaux 3 et 4 de sévérité ;
- La racine 09Z02, également ajoutée au périmètre du taux global de CA, les taux de transférabilité des séjours du niveau A correspondent à ceux du niveau 1 et les taux de transférabilité des séjours de niveau B correspondent à ceux du niveau 2 du tableau ci-dessus.

- **Etape n°2 : Détermination du rythme de progression du développement de la CA au niveau national (en points)** :

La pente de progression sur la période 2014-2016 tient compte de l'avis des sociétés savantes de chirurgie consultées et de la faisabilité médicale des racines de GHM à horizon 2016. Pour les racines de GHM n'ayant pas fait l'objet d'une analyse de leur faisabilité médicale en CA avec les sociétés savantes de chirurgie, le point d'étape 2016 est issu de la tendance linéaire 2013/2020 conduisant à la cible 2020.
A partir de 2017 (2017 inclus), la progression vise à atteindre la cible 2020 obtenue à partir des potentiels obtenus lors de l'étape n°1 figurant ci-dessus, soit une accélération de la progression par rapport à la période de transition 2014-2016.

Le rythme de progression du développement de la CA au niveau national est le suivant :

Années	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taux global de CA	50,2%	52,5%	54,7%	57,6%	60,5%	63,4%	66,2%
Points de progression	**2,2**	**2,3**	**2,2**	**2,9**	**2,9**	**2,9**	**2,8**

Annexe n°3 - Cibles nationales et régionales de développement de la CA pour les années 2015-2020

	Taux historiques				Taux linéaires par droite entre 2013 et 2020		[illegible]	[illegible]			
Région	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alsace	41,3%	42,8%	44,0%	[illegible]	47,6%	49,7%	[illegible]	54,5%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Aquitaine	43,2%	44,4%	45,6%	47,7%	50,1%	52,5%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Auvergne	40,8%	42,1%	43,4%	[illegible]	47,5%	48,4%	[illegible]	[illegible]	56,4%	[illegible]	[illegible]
Bourgogne	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	48,2%	50,2%	[illegible]	55,0%	57,7%	[illegible]	[illegible]
Bretagne	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	49,2%	51,8%	[illegible]	[illegible]	60,5%	63,5%	[illegible]
Centre	42,5%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	49,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	63,2%	[illegible]
Champagne-Ardenne	41,8%	[illegible]	[illegible]	46,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Corse	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	55,0%	56,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Franche-Comté	37,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Ile-de-France	45,8%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	52,8%	55,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Languedoc-Roussillon	44,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	50,1%	[illegible]	[illegible]	57,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Limousin	39,1%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	46,7%	48,7%	[illegible]	53,5%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Lorraine	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	47,5%	49,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Midi-Pyrénées	38,9%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	55,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nord-Pas-de-Calais	45,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	51,8%	54,1%	[illegible]	59,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Normandie-Basse	[illegible]	42,8%	[illegible]	[illegible]	48,2%	50,6%	[illegible]	56,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Normandie-Haute	42,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	49,1%	[illegible]	[illegible]	57,2%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Pays de la Loire	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	51,3%	54,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Picardie	44,3%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	49,5%	51,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Poitou-Charentes	44,8%	[illegible]	47,1%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	58,8%	[illegible]	65,1%	[illegible]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47,4%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	52,9%	55,0%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Rhône-Alpes	41,3%	43,0%	[illegible]	[illegible]	49,1%	51,4%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SSA	23,5%	25,8%	[illegible]	[illegible]	35,4%	37,8%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ZZ-Guadeloupe	48,1%	49,0%	[illegible]	[illegible]	53,1%	54,9%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ZZ-Guyane	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	41,9%	[illegible]	[illegible]	57,6%
ZZ-Martinique	[illegible]	45,4%	47,1%	[illegible]	50,5%	52,1%	[illegible]	[illegible]	58,7%	[illegible]	[illegible]
ZZ-Réunion	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	60,7%	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	44,9%	46,1%	48,0%	50,2%	[illegible]	[illegible]	57,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Annexe n°4 - Maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale

(données accessibles sur Scan-Santé à l'adresse suivante : www.scansante.fr/actualites/indicateurs-par-sp%C3%A9cialit%C3%A9)

Développement de l'activité de chirurgie ambulatoire par spécialité

METHODOLOGIE

1. Champ des établissements

S'agissant des établissements, pour le secteur anciennement sous dotation globale, seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte.

2. Champ des séjours

S'agissant du champ des séjours, tous les séjours MCO transmis sont pris en compte (y compris séjours en attente de valorisation et non pris en charge).

3. Classification des GHM

Les séjours sont analysés selon un codage en version 11e de la classification des GHM.

4. Périmètre de la spécialité

Liste des racines prises en compte :

Résultats pour la spécialité

- Onglet recours chirurgie : Taux de recours en chirurgie par région (pour 1 000 habitants) pour la spécialité
- Onglet recours CA : Taux de recours en chirurgie ambulatoire par région (pour 1 000 habitants) pour la spécialité
- Onglet séjours chirurgie : Volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C pour la spécialité
- Onglet séjours CA : Volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours en C en distinguant sans nuitée / avec nuitée(s) pour la spécialité
- Onglet taux CA : Taux global de chirurgie ambulatoire (sans nuitée) sur le total de la chirurgie pour la spécialité
- Onglet taux CA racine : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par racine
- Onglet analyse racine : Caractérisation des séjours de la racine
- Onglet top des actes : Caractérisation des 25 principaux actes de la spécialité
- Onglet acte et racine : Caractérisation des 25 principaux actes d'une racine

Définitions des taux de recours

Les taux de recours sont exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants et concernent les séjours consommés par les habitants d'une zone géographique quel que soit le lieu de l'hospitalisation.

Taux de recours brut : il correspond au nombre de séjours de patients résidant dans la zone rapporté à la population résidant dans la zone*1000

Taux de recours standardisé : les taux de recours sont standardisés par sexe et par tranche d'âge (de 5 ans). Il s'agit d'appliquer le taux brut de chaque classe d'âge et sexe du territoire à la population de la même classe d'âge du niveau national afin d'obtenir un nombre de séjours attendu pour la classe d'âge et sexe. La somme des séjours attendus pour l'ensemble des classes d'âge et des 2 sexes est ensuite divisée par la population totale nationale pour obtenir le taux standardisé du territoire.

Annexe n°5 – Cartographie des établissements de santé et propositions d'accompagnement

La méthode proposée ci-dessous permet de dresser une cartographie des établissements de santé afin de cibler les actions à mettre en place. Cette méthodologie résulte d'un croisement entre d'une part, les volumes de séjours et d'autre part, les taux de CA réalisés et de la cible à atteindre.

1. Matrice de cartographie des établissements

	Volume de séjours important (1)	Volume de séjours moyen (2)	Volume de séjours faible (3)
σ2 > σ1	Fort potentiel Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Potentiel important Démarrage à consolider Accompagnement renforcé	Faible potentiel Offre à faire évoluer
σ2 = σ1	Fort potentiel Démarrage débuté Accompagnement simple	Potentiel important Démarrage débuté Accompagnement simple	Faible potentiel Offre à faire évoluer
σ2< σ1	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Maturité Gisements possibles à explorer (innovations) Suivi	Faible potentiel Offre à faire évoluer

Légende :
σ1 = Taux de CA 2014 de l'ES – Taux de CA de 2007 de l'ES (période de 6 ans)
σ2 = Taux cible de CA 2020 de CA de l'ES – taux observé de CA 2014 de l'ES (période de 6 ans)

Les volumes figurant ci-dessous sont donnés à titre indicatif. Ils n'ont pas vocation à être interprétés comme des seuils. Ils reprennent ceux retenus par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport sur les pespectives du développment de la CA en France (cf. rapport, annexe III, page 41, tableau 38)

Quartiles	1er quartile	2eme quartile	3eme quartile	4eme quartile
Volume de séjours en C	< 2 101	< 3 900	< 6 701	< 171 353
	Faible volume (3)	Volume moyen (2)	Volume fort (2)	Volume important (1)

2. Les actions d'accompagnement possibles :

- Accompagnement renforcé :
  - Autodiagnostic (ex : outil Interdiag, ANAP/HAS)
  - Choix du case mix et simulation capacitaire (ex : outils OPEERA et/ou AELIPCE de ANAP)
  - Mise en place de la démarche (ex : guide ANAP, « CA, mode d'emploi »)
  - Elaboration d'un plan d'actions avec indicateurs de pilotage de l'activité et de suivi par l'ES
- Accompagnement simple :
  - Identification des actions correctrices ou supplémentaires à mettre en œuvre (qualité, élargissement du case-mix, aménagement organisationnel, analyse des coûts de production, utilisation du logiciel de microcosting de la HAS, etc)
- Suivi :
  - Identification d'actions supplémentaires à mettre en œuvre (organisation de prises en charge innovantes, utilisation du logiciel de microcosting de la HAS permettant d'optimiser la prise en charge du patient et les modalités d'organisation)
- Offre à faire évoluer :
  - Travaux à engager sur une éventuelle restructuration de l'offre de chirurgie : état des lieux de l'activité de l'ES, offre existante dans l'environnement, analyse des besoins de santé non couverts, démographie des professionnels, etc)

Annexe n°6 – Accompagnement des opérations de modernisation des établissements de santé via le FMESPP

Pour améliorer les organisations et aider les ES à réaliser les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la CA en substitution à la chirurgie réalisée en HC, des crédits FMESPP peuvent être alloués aux ES.

1. **Les objectifs :**

Cet accompagnement exceptionnel vise à soutenir des projets d'investissement visant :

- Le développement de l'innovation en CA :
  - Innovations organisationnelles permettant de fluidifier les flux et les parcours (ex : outils de gestion des flux, dossier communicant, interfaces ville-hôpital, etc) ;
  - Equipements de haute technicité ou techniques innovantes (anesthésiques, chirurgicales, de réhabilitation rapide) ;
- La modernisation des structures et l'adaptation des organisations :
  - Soutien aux opérations d'investissement immobilier ou mobilier pour réorganiser et restructurer l'offre (ex : aménagements des locaux, travaux, etc.).

2. **Les modalités d'accompagnement des projets**

a. La sélection des projets

Dans le cadre des dispositions du décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au FMESPP et afin de mettre en œuvre les objectifs précités, chaque ARS lance un appel à projets auprès de l'ensemble des ES de la région. Il conviendra que la sélection des projets :

- prenne en compte les potentialités de développement de CA de l'ES ;
- réponde au moins à l'un des objectifs précités pour des opérations prévues par les dispositions du décret n° 2013-1217[1] ;
- présente une garantie d'achèvement de l'objectif en 2017 au plus tard.

Elles devront s'assurer que les établissements sélectionnés ne bénéficient pas par ailleurs d'un autre accompagnement financier du même type pour leur projet.

b. Le financement des projets pilotes sélectionnés

Un financement national global de 12,9 millions d'euros est prévu. Ces crédits vous seront délégués en fin d'année 2015, via la circulaire FMESPP ad hoc, selon une clé de répartition prenant en compte le nombre de séjours de chirurgie réalisés en 2014 dans les régions (cf.tableau infra).
Il convient de noter que ce financement, ponctuel et exceptionnel, ne sera pas reconduit.

Les ARS communiqueront à la DGOS (DGOS-R3@sante.gouv.fr) après sélection des projets, les élements suivants :

- Noms et coordonnées des établissements de santé sélectionnés ;
- Présentation brève des projets retenus, de leurs objectifs et de leurs enjeux (maximum une page) ;
- Montant alloué à chaque établissement de santé pour son projet.

[1] Cf. Article 7 du Décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés :
« [...] peuvent bénéficier d'un financement par le fonds les dépenses d'investissement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire relatives :
1° Aux opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire ;
2° Aux acquisitions d'équipements matériels lourds ;
3° Aux opérations concourant au développement des systèmes d'information ;
4° Aux opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins »

A titre indicatif : tableau de répartition prévisionnelle des financements par région

Région	Nombre de séjours de chirurgie - 2014	Part des séjours de chirurgie (%)	Financement prévisionnel FMESPP (€)
Alsace	178 264	2,9%	372 481
Aquitaine	361 459	5,9%	755 265
Auvergne	127 571	2,1%	266 558
Bourgogne	157 959	2,6%	330 054
Bretagne	288 091	4,7%	601 963
Centre	206 268	3,3%	430 995
Champagne-Ardenne	124 868	2,0%	260 910
Corse	29 133	0,5%	60 873
Franche-Comté	98 212	1,6%	205 213
Ile-de-France	1 048 291	17,0%	2 190 393
Languedoc-Roussillon	285 747	4,6%	597 065
Limousin	78 649	1,3%	164 336
Lorraine	219 333	3,6%	458 294
Midi-Pyrénées	287 520	4,7%	600 770
Nord-Pas-de-Calais	401 782	6,5%	839 519
Normandie-Basse	133 631	2,2%	279 221
Normandie-Haute	156 322	2,5%	326 633
Pays-de-la-Loire	377 686	6,1%	789 171
Picardie	142 304	2,3%	297 343
Poitou-Charentes	164 232	2,7%	343 161
Provence-Alpes-Côte d'Azur	562 564	9,1%	1 175 472
Rhône-Alpes	624 609	10,1%	1 305 114
Guadeloupe	29 032	0,5%	60 662
Guyane	9 762	0,2%	20 398
Martinique	26 296	0,4%	54 945
Réunion	56 086	0,9%	117 191
Total France	6 175 671	100%	12 904 000

source : ATIH - PMSI 2014

Annexe n° 7 – Fiche relative au décret 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

Les dispositions du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 visent à accompagner le développement de la CA dans les établissements de santé.

- **La durée de prise en charge en CA remplace désormais la durée d'ouverture**

Aux termes de l'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique, la durée de prise en charge des patients en CA est inférieure ou égale à douze heures. La durée d'ouverture de l'UCA, à distinguer de la durée de prise en charge, peut donc être supérieure à une durée de 12 heures.

- **La CA repose sur une organisation spécifique**

L'organisation des soins est désormais décrite au sein de la charte de fonctionnement, celle-ci étant actualisée en fonction de l'évolution de la maturité des organisations et des prises en charge réalisées dans structure pratiquant la CA et évaluée en termes d'activité et de qualité des prises en charge, conformément aux dispositions de l'article D. 6124-305 du même code.

- **Une équipe médicale et paramédicale affectée et formée à la prise en charge des patients en CA**

Les dispositions maintiennent l'obligation d'une équipe médicale et paramédicale affectée à la seule structure pratiquant la CA durant la durée de la prise en charge. La seule mutualisation possible en CA concerne les personnels de bloc opératoire. Ainsi, seuls les personnels intervenant à titre principal au secteur opératoire (IBODE, IADE, chirurgiens et anesthésistes) n'ont pas l'obligation d'être rattachés exclusivement à l'UCA ou à l'unité d'anesthésie ambulatoire.
Ces dispositions répondent à un impératif de qualité et sécurité des prises en charge. Elle s'accompagne en outre d'une exigence de formation adaptée des personnels du processus de la chirurgie ambulatoire.

- **La suppression des normes de personnels**

Le décret n° 2012-969 a privilégié une approche qualitative et adaptative des organisations et des prises en charge en supprimant toute référence à des normes quantitatives (suppression du ratio d'un infirmier pour cinq patients présents dans l'unité). Ainsi, la taille et la composition de l'équipe de personnels sont adaptés en nombre et en qualifications aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués et aux caractéristiques techniques des soins dispensés ordinairement tout en maintenant l'obligation d'une présence minimale requise.

- **Les structures de CA disposent de locaux et matériels dédiés**

Les dispositions du 3ème alinéa de l'article D. 6124-301-1 maintiennent l'obligation pour les structures pratiquant la CA de disposer de locaux et matériels dédiés. Ces dispositions ne concernent pas les blocs opératoires. En effet, l'article D. 6124-302 ne porte pas d'obligation de secteur opératoire dédié aux pratiques de la CA.

- **Les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge**

Le décret du 20 août 2012 tend à promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients au travers :

- d'une meilleure prise en compte de la gestion de la douleur dans le cadre de protocoles au sein des UCA et lors de la sortie du patient ;
- d'une meilleure information du patient au moment de sa sortie ;
- d'une continuité des soins renforcée : l'article D. 6124-304 prévoit que dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant à temps complet des patients relevant des disciplines pratiquées par la structure. En tout état de cause, il revient à l'équipe de remettre au patient un bulletin de sortie comportant notamment les consignes de surveillance ainsi que les coordonnées des professionnels à appeler et l'ES de repli en cas de besoin. Cette continuité des soins est placée sous la responsabilité de l'UCA de l'établissement ;
- d'une organisation et d'un management de la qualité formalisés, actualisés et évalués ainsi que de la formation des personnels à la prise en charge en CA.

Annexe n°8 – Politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des campagnes tarifaires des établissements de santé

Depuis plusieurs années, le ministère accompagne sa politique nationale de développement de la CA de mesures incitatives mises en œuvre au niveau du financement de l'activité chirurgicale des ES. Ainsi, dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles des ES, une politique tarifaire toujours plus volontariste est déployée, visant à inciter au développement des prises en charge en CA, en substitution de l'HC.

- **Mise en place de « tarifs uniques » (TU) et suppression de freins tarifaires à la CA**

La principale mesure de cette politique tarifaire incitative a consisté en la mise en place, à partir de 2009, d'un « tarif unique », c'est-à-dire identique entre le séjour en ambulatoire (niveau J) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (niveau 1), pour des racines de GHM de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire.
Cette politique de TU pour les GHM présentant un potentiel de substitution vers l'ambulatoire n'a cessé de s'étendre à une part toujours plus importante de l'activité de chirurgie :

- ✓ 18 GHM en 2009 ;
- ✓ 39 GHM en 2012 ;
- ✓ 47 GHM en 2013 ;
- ✓ 111 GHM pour la campagne tarifaire 2014.

Ainsi, l'année 2014 a marqué **la généralisation du TU à tous les GHM de CA**[1].
Par ailleurs, **la méthodologie de fixation des TU** retenue depuis la campagne 2014 répond à une logique d'incitation forte à l'ambulatoire combinée à une désincitation plus ou moins importante à l'HC, en tenant compte, par GHM, du taux d'ambulatoire observé et du potentiel de développement.
De plus, la campagne 2014 a également acté **la suppression des bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau 1 de sévérité en HC**, répondant ainsi à la forte demande des professionnels de santé et de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA). Cette mesure vise à favoriser le développement des prises en charge innovantes en ambulatoire ainsi qu'à éviter les incitations à la prolongation médicalement injustifiée des séjours de chirurgie.
Cette politique d'extension progressive du TU, largement concertée et explicitée dans le cadre de chaque campagne tarifaire, tout comme la suppression des bornes basses, constituent un levier efficace d'incitation au développement des prises en charges de 0 jour et un « signal-prix » fort et lisible pour les acteurs.

- **Evolutions tarifaires en cohérence avec l'objectif de « neutralité tarifaire »**

Les évolutions tarifaires mises en œuvre lors des récentes campagnes sur l'activité de chirurgie s'inscrivent dans le cadre plus global de l'objectif de « neutralité tarifaire »[2]. Cette doctrine nationale adoptée dans le cadre du Comité de REforme de la TArification Hospitalière (CORETAH) constitue une cible tarifaire à atteindre progressivement. Elle concerne l'ensemble des séjours de chirurgie, qu'il s'agisse des GHM en tarif unique ou de l'activité de chirurgie en HC.

- **Evolution de la classification des séjours de chirurgie**

En outre, la politique incitative à la CA sur le volet tarifaire s'accompagne d'ajustements de la classification des séjours de chirurgie afin d'adapter cette dernière à la problématique de l'ambulatoire et au développement de cette pratique, ainsi que de pérenniser le modèle incitatif en l'inscrivant en amont de la tarification.
Des mises à jour classificatoires sont ainsi régulièrement réalisées dans cette optique.
Une action d'amélioration d'homogénéité du contenu des racines de chirurgie comportant de l'ambulatoire a notamment été mise en œuvre en concertation avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes de chirurgie.

[1] Racines de chirurgie comportant un « J » dans la classification : activité ambulatoire identifiée dans la classification
[2] Pour un même GHM, neutralité entre le tarif GHS et le tarif issu des couts (cf.étude adéquation : site de l'ATIH : /www.scansante.fr/enc-mco).

Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable

Rev Med Suisse 2010; 6: 1302-5

P. Charbonnet
V. Ott
E. Schiffer
T. Berney
P. Morel

Drs Pierre Charbonnet, Vincent Ott et Eduardo Schiffer
Prs Thierry Berney et Philippe Morel
Service de chirurgie viscérale
Département de chirurgie
HUG, 1211 Genève 14

La tendance vers un raccourcissement des temps d'hospitalisation s'inscrit définitivement. Elle suit l'élargissement des indications à l'application d'une prise en charge ambulatoire. Les bénéfices escomptés comprennent une réduction des coûts, un raccourcissement des délais et des suspensions de l'activité professionnelle et une diminution des risques d'infections nosocomiales. Le succès d'un programme ambulatoire est conditionné par l'adoption d'une approche multidisciplinaire. Chirurgiens, anesthésistes et infirmiers doivent être formés à l'acquisition de nouvelles compétences. Le critère de succès d'une prise en charge ambulatoire est un faible taux d'hospitalisation et de réadmission. Si elle éloigne le patient de l'hôpital, elle le responsabilise sous la direction d'une équipe formée à la reconnaissance des critères d'inclusion.

INTRODUCTION

L'application des traitements chirurgicaux suit une évolution constante vers un élargissement de la *pratique ambulatoire*. Cette tendance est dictée par le développement global de la technologie médicale, les contraintes budgétaires liées aux coûts de la santé et les modifications de l'environnement social, avec un accent porté sur l'efficience.

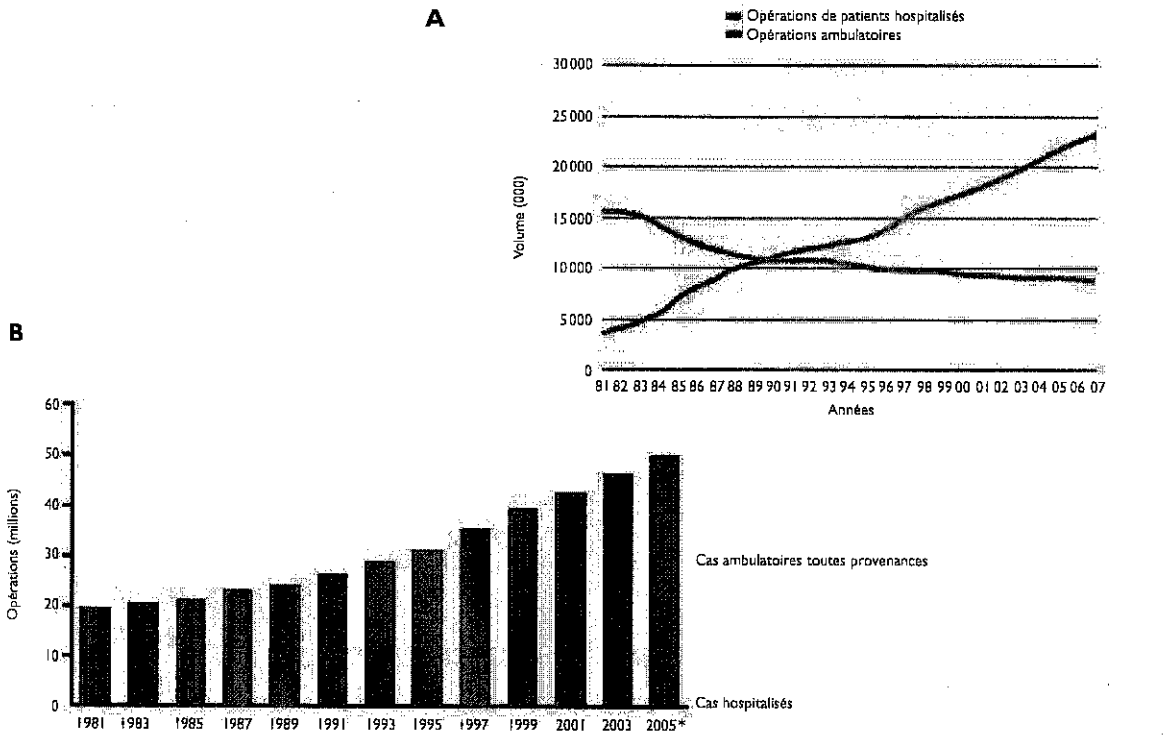
Les Etats-Unis ont vécu pendant la dernière décennie une augmentation spectaculaire des prestations chirurgicales ambulatoires, avec une rémunération aux centres spécialisés ayant quasiment triplé (de 1 milliard en 1996 à 2,9 milliards US$ en 2006).[1] Le paysage chirurgical s'en trouve remanié comme l'illustre la figure 1.[2]

Si en Europe, les chiffres sont moins spectaculaires (la chirurgie ambulatoire représentait, aux milieux des années 90, 24% et 30% de l'activité globale, en Norvège et en Grande-Bretagne, respectivement),[3,4] la tendance vers un raccourcissement des temps d'hospitalisation s'inscrit définitivement. Elle suit l'élargissement des indications à l'application d'une prise en charge ambulatoire (comme l'illustre la validation récente de la cholécystectomie ambulatoire par une méta-analyse de la Cochrane Library),[5] en profitant, notamment, des avancées en anesthésie[6] et en chirurgie (prise en charge de type *fast-track*, chirurgie minimalement invasive) ou des autres spécialités (gastroentérologie, radiologie, etc.). En France, le pourcentage cible de malades chirurgicaux potentiellement traitables sur le mode ambulatoire est de 80% (C. Vons, Congrès de l'ASRCC, Genève 2010).

En Suisse, la chirurgie ambulatoire est définie par défaut, en la distinguant de la notion d'hospitalisation (séjour d'une durée supérieure à 24 heures ou séjour de moins de 24 heures mais grevé d'un décès; séjour suivi d'un transfert ou résultant en l'occupation d'un lit sur la nuit). Si la chirurgie ambulatoire remplit les critères de la LAMal (Loi fédérale sur l'assurance-maladie) et d'acceptation par l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins), elle n'est pas encouragée politiquement. Les prestations sont, en effet, moins porteuses financièrement par comparaison à l'hospitalier et ce, quel que soit le motif de prise

Outpatient surgery: an unstoppable evolution

The trend is to definitely shorten hospital stays. It follows in the footsteps of a broader range of surgeries that can be managed in an ambulatory care setting. The expected benefits are: a reduction in costs, a shorter preoperative delay, a shorter absence for the work place and a lessened risk of hospital-borne infections. A multidisciplinary approach is essential for the success of such a program. Surgeons, anaesthetists and nursing staff must be prepared to modify and adapt their skills. The criterion of success for such an endeavour is a low level of readmissions and hospitalisations. If day surgery tends to keep the patient away for the hospital settings, it certainly places him in the centre of his medical management.



D'après SMG Marketing Group, Inc. 2002. Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur.
A. Tendances pour la chirurgie aux États-Unis (Adapté de réf.?). B. Volume chirurgical de patients hospitalisés vs ambulatoires, 1981-2005. (Adapté de réf.?)
Source: Avalere Health analysis of Verispan's Diagnostic Imaging Center Profiling Solution, 2004, and American Hospital Association Annual Survey data for community hospitals, 1981-2004.
*Les valeurs de 2005 sont estimées.

en charge: les institutions voient leurs revenus diminuer et les patients doivent assumer 10% du total de la facture!

ARGUMENTS POUR UNE APPLICATION PLUS LARGE

Aux Hôpitaux universitaires de Genève, un certain nombre de procédures intéressant les diverses spécialités chirurgicales sont déjà pratiquées sur le mode ambulatoire. Dans le Service de chirurgie viscérale, cela a concerné 21% du collectif des malades opérés sur l'année 2008 et 45% l'année suivante (chirurgie proctologique, pose de dispositifs implantables d'accès veineux, cures de hernie par laparoscopie ou voie ouverte, cures d'éventration et cholécystectomies). Un investissement structurel a été consenti; un effort en vue d'une implantation plus large et systématique du mode ambulatoire est fourni. Si l'on détaille les avantages de cette politique, ils intéressent tous les acteurs:

- ils réduisent les coûts: le bénéfice ne se fait pas sur l'intervalle au bloc opératoire mais sur le suivi postprocédure au sein de l'unité d'hospitalisation (réduction escomptée de 15%);[7,8]
- ils raccourcissent les délais de prise en charge et, par voie de conséquence, l'impact économique (se référer, entre autres, au travailleur de force dans l'incapacité d'exercer sa profession en raison d'une pathologie herniaire);
- ils minimisent les interférences avec la vie quotidienne (ce qui est particulièrement pertinent pour la personne âgée, menacée de désafférentation lors d'hospitalisation prolongée);[9]
- ils amoindrissent l'impact psychologique lié à une hospitalisation au sein d'une unité chirurgicale avec confrontation à des pathologies lourdes;[10]
- ils réduisent le temps de suspension de l'activité professionnelle (application des critères de la chirurgie *fast-track* avec accélération de la phase de rétablissement postopératoire);[11]
- ils amenuisent le risque d'infections nosocomiales.

CONDITIONS D'APPLICATION

La prise en charge ambulatoire impose des adaptations des structures d'accueil et des changements de mentalité des acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs.

Le *circuit emprunté* par le patient doit être le plus court possible, confortable et sécurisant. L'espace dévolu aux malades traités sur le mode ambulatoire sera idéalement totalement indépendant des unités d'hospitalisation; il offrira la possibilité de la présence rassurante d'un accom-

pagnant, tout en garantissant des conditions d'intimité.

Le succès d'un programme de chirurgie ambulatoire est conditionné par l'adoption d'une approche véritablement multidisciplinaire, dont les trois acteurs principaux sont le chirurgien, l'anesthésiste et le personnel infirmier. Ils reconnaissent les critères d'éligibilité en vue d'une chirurgie ambulatoire et les appliquent sous l'angle de leurs spécialité et fonction:

- critères anesthésiques (tableau 1);
- critères sociaux: environnement personnel salubre, présence et accompagnement d'un adulte pour les suites à domicile, possibilité d'un réacheminement rapide vers la structure hospitalière, accès à un moyen de communication;
- pathologie dont la sanction chirurgicale est gérable sur un mode ambulatoire.

Ce dernier item ne traduit pas un gel à l'état actuel des indications. Pour illustrer ceci, on peut se reporter à l'évolution de la gestion de la maladie biliaire, actuellement validée, comme mentionné plus haut, pour une prise en charge sur le mode ambulatoire. Toujours sur le plan digestif, un élargissement aux traitements chirurgicaux de la maladie de reflux gastro-œsophagien est envisageable. La faisabilité en est démontrée[12-14] et il semble que les taux de morbidité et les résultats fonctionnels à court et moyen termes soient équivalents à ceux obtenus après une hospitalisation.

Eligibles	Ineligibles
ASA I	ASA III et IV
ASA II	• Traitement anticoagulant • Apnées du sommeil • Age >75 ans

PRINCIPAUX INTERVENANTS

Dans l'optique d'une chirurgie ambulatoire, les chirurgiens doivent être formés à l'acquisition de nouvelles compétences, qui leur permettent:

- d'identifier les malades susceptibles de bénéficier d'une procédure ambulatoire en appliquant, notamment, les critères susmentionnés;
- de fournir les informations les plus complètes, notamment relatives aux complications potentielles et ce, dans le respect de la capacité d'une appréhension proactive de l'information par le malade, en évitant d'éveiller son anxiété. Elles doivent être produites sur un support papier (et rester disponibles, via internet par exemple): outre l'aspect médico-légal, le malade pourra s'y référer après sa décharge;
- d'assurer des mesures d'antalgie: libérer des anesthésiques locaux sur les sites opératoires[15,16] ou d'incision constitue des gestes prémunissant d'adaptations ultérieures du traitement antalgique (il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, l'utilisation des morphiniques et, par conséquent, leurs effets secondaires: nausées, ralentissement du transit, rétention urinaire, hypoxémie et complications respiratoires); dans le même ordre d'idées, certains préconisent, lors des laparoscopies, de réduire les valeurs d'insufflation du pneumopéritoine à 9 mmHg,[17] de s'assurer d'une exsufflation complète et d'abandonner les mesures de drainage. Il va de soi qu'une chirurgie respectueuse et exsangue est indispensable;
- de maîtriser les suites et les risques postopératoires; à reconnaître précocement toutes complications aiguës (celles-ci surviennent le plus souvent dans les 4 à 6 heures suivant la procédure);
- d'appliquer les critères généraux de libération du malade (tableau 2) dérivés du score d'Aldrete.[18]

Le médecin anesthésiste doit:

- confirmer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire, en appréhendant les pathologies du malade sous l'angle de sa spécialité;
- fournir une information détaillée sur le mode d'anesthésie envisagé, la médication proposée et ses effets secondaires, en favorisant une autonomisation du patient vis-à-vis de la douleur;
- assurer l'anesthésie la plus simple et la plus sûre;
- se positionner comme un des référents;
- participer à l'application des critères de sortie (tableau 2).

Le personnel infirmier est partie prenante de la gestion du cas ambulatoire en assurant:

- son accueil et en identifiant, le cas échéant, la survenue d'une contre-indication nouvelle ou temporaire (refroidissement, asthme, etc.);
- sa réception après la salle de réveil et en échelonnant les mesures de réhabilitation (contrôle de l'adéquation de l'antalgie, relevé des signes vitaux, aide à la marche, etc.);
- le rôle d'intermédiaire avec l'équipe médicale.

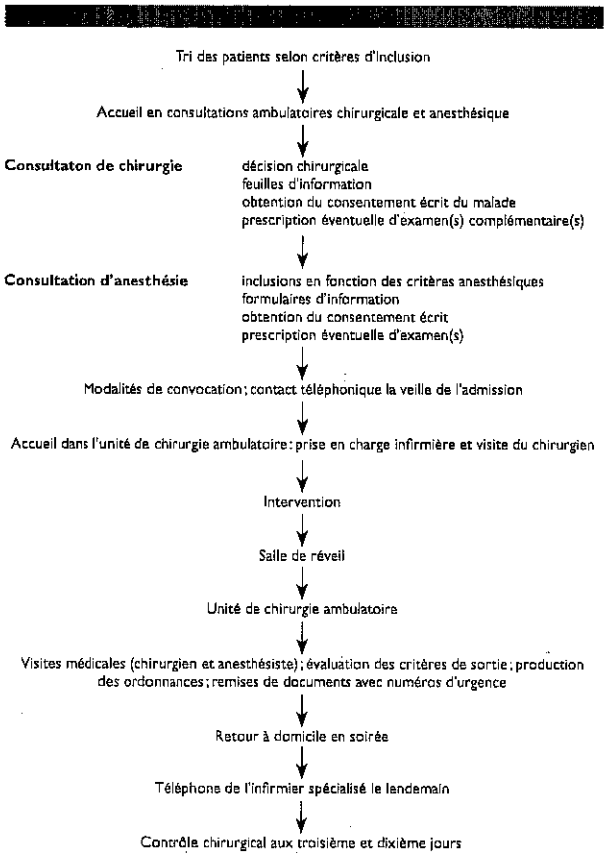
- Analgésie adéquate
- Absence de nausées et vomissements
- Miction obtenue
- Tolérance à l'alimentation et aux boissons
- Déambulation réalisée
- Accompagnement
- Site opératoire calme

ITINÉRAIRE CLINIQUE

Le chirurgien et l'anesthésiste s'inscrivent au centre du parcours du patient (figure 2). Cet itinéraire clinique est morcelé par étapes: la reconnaissance d'une contre-indication à l'éligibilité en vue d'un geste ambulatoire peut se faire à plusieurs niveaux, réduisant ainsi les risques d'une mauvaise orientation.

Tout doit être entrepris, sur le plan organisationnel, pour éliminer les imprévus. Cela implique une gestion rigoureuse et rationnelle des blocs opératoires, à même d'éviter les débordements horaires et les reports, sources importantes d'anxiété et annihilant les bénéfices d'une planification ambulatoire.

Le critère de succès d'une prise en charge ambulatoire est un faible taux d'hospitalisation et de réadmission (inférieur à 1%).



Les facteurs limitant la sortie hospitalière sont le plus souvent liés à un contrôle déficitaire des nausées et des épisodes de vomissements (20%), des douleurs (15%) et des phénomènes anxieux. Un réveil insuffisant peut, moins fréquemment (5%), être incriminé. Si les critères de sortie ne sont pas remplis, il ne faut pas hésiter à hospitaliser le patient. Cela ne doit en aucun cas être considéré comme un échec de l'approche ambulatoire: une telle attitude est garante de sécurité.

Dans le service de chirurgie viscérale des HUG, le malade libéré est contacté téléphoniquement au lendemain de sa sortie et mis en contact avec un infirmier expérimenté. Des visites médicales sont programmées aux troisième et dixième jours postopératoires.

CONCLUSION

La pratique chirurgicale ambulatoire se généralise. Dans certains pays d'Europe, elle est même en voie d'être la règle pour certaines pathologies (cf. l'exemple de la cholécystectomie en France). Si cette adaptation s'est aussi faite en raison des nouvelles contraintes budgétaires, elle répond à une évolution des mentalités et à une nécessité face aux délais actuels de prise en charge.

Elle a été rendue possible par les progrès de l'anesthésie et la pratique large de la chirurgie minimalement invasive. Elle éloigne le patient du centre hospitalier mais le responsabilise et ce, sous la direction d'une équipe médicale formée à la reconnaissance des critères d'inclusion. L'échelonnement des visites médicales favorise l'échange et la participation du malade à la gestion de son cas. Une attitude de conditionnement positive amènera le malade à apprécier les bénéfices (entre autres, le confort d'un retour à domicile rapide) de la chirurgie ambulatoire. Elle ne correspond nullement à une hospitalisation en accéléré mais à un mode de prise en charge spécifique et nécessitant, par conséquent, une formation adaptée des équipes soignantes. ■

Implications pratiques

- Le médecin praticien doit savoir présenter d'une manière engageante la possibilité d'une chirurgie ambulatoire
- Le chirurgien et le médecin anesthésiste doivent reconnaître et appliquer à la première consultation les critères médicaux et sociaux d'éligibilité
- Tous les intervenants (médecins et infirmiers) doivent se former aux mesures spécifiques d'accompagnement et d'analgie

Bibliographie

1 Manchikanti L, Boswell MV. Interventional techniques in ambulatory surgical centers: A look at the new payment system. Pain Physician 2007;10:627-50.
2 SMG Marketing Group, Inc. 2002.
3 Raeder JC. The extent of ambulatory surgery. A questionnaire study among hospital directors and senior physicians. Tidsskr Nor Laegeforen 1996;116:372-6.
4 Fenton-Lee D. Day surgery and gastroenterology. Gut 1995;36:324-6.
5 * Gurusamy KS. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006798.
6 ** White PF, Eng M. Fast-track anesthetic techniques for ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2007;20:545-57.
7 Pradervand Mooser M, et al. Relative anesthesia-cost for laparoscopic cholecystectomy: Fairly low. Can J Anesth 2002;49:540-4.
8 Jain PK. A prospective study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Surg Endos 2005;19:1082-5.
9 Marin J. Experiencia de la Unidad de Cirugia de Dia del Hospital de El Tomillar. Sevilla: Gestion Hospitalaria 1993;3:44-8.
10 Kanji K. Endoscopic ambulatory surgery centers. Clin Colon Rectal Surg 2005;18:261-6.
11 Ji W, et al. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: A single center clinical analysis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2010;9:60-4.
12 Milford MA, Paluch TA. Ambulatory laparoscopic fundoplication. Surg Endosc 1997;11:1150-52.
13 Trondsen E, et al. Day-case laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. Br J Surg 2000;87:1708-11.
14 Mariette C, et al. The safety of the same – day discharge for selected patients after laparoscopic fundoplication: A prospective cohort study. Am J Surg 2007;194:279-2.
15 Labaille T, et al. The clinical efficacy and pharmacokinetics of intraperitoneal ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy. Anesth Analg 2002;94:100-5.
16 Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. Anesth Analg 1997;85:808-16.
17 Proske JM, et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy. Results of 211 consecutive patients. Gastroenterol Clin Biol 2007;31:421-4.
18 Aldrete JA. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg 1970;49:924-34.

* à lire
** à lire absolument

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP
appui santé & médico-social

"Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire"

La chirurgie ambulatoire en 12 questions

Avril 2012

1. Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la **sortie du patient le jour même de son intervention.**

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'*International Association Ambulatory Surgery* (IAAS), et correspondent à des séjours sans hébergement de nuit. Néanmoins, il convient de rester prudent dans l'interprétation des données car, dans la littérature, les périmètres d'activité et les modes de fonctionnement peuvent être variables.

2. Quel est le taux de chirurgie ambulatoire en France ?

En France, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à celui de nombreux pays européens. L'enquête internationale, menée par l'IAAS en 2009, a montré que, sur trente-sept gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait **45 %** en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de **36 %** en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord.

3. Quelle est la différence entre un acte chirurgical en ambulatoire et en hospitalisation classique ?

Aucune. L'acte chirurgical est identique à celui réalisé en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Il n'existe pas non plus de spécificité pour l'anesthésie.

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. L'analyse du triptyque patient-acte-structure détermine la décision du mode de prise en charge.

4. Quelles structures peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire ?

En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale.

Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

5. Quelles sont les spécificités organisationnelles et fonctionnelles de la chirurgie ambulatoire ?

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont décrits, et le choix organisationnel détermine l'architecture.

- **Les structures intégrées** ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun.
- **Les structures de fonctionnement autonome** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.
- **Les structures satellites** comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.
- **Les structures indépendantes** (*free standing centers*) comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. Il est néanmoins précisé que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel, soit :

- la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents ;
- la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ;
- un médecin coordinateur doit veiller au bon fonctionnement médical de l'établissement, et notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Un projet de décret visant à faire évoluer les conditions de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire est en cours. Un addendum sera apporté dès la publication de ce décret, le cas échéant.

6. Quelles sont les étapes de la prise en charge du patient en ambulatoire ?

Toutes les étapes de la prise en charge doivent être organisées afin de permettre la sortie du patient le jour même de son intervention dans des conditions de sécurité optimale.

Les quatre phases principales de la prise en charge sont :

- **l'évaluation préopératoire**, au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer la sortie du patient ;

- **la phase opératoire** en elle-même ne présente pas de spécificité ;
- **la phase d'autorisation** de sortie repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure. Celui-ci précise les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins, et le numéro d'urgence à joindre ;
- **le suivi du patient** est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention.

La coordination renforcée des différents acteurs permet le bon déroulement de ces étapes et d'optimiser le flux des patients au sein de la structure.

7. Comment est assurée la continuité des soins ?

L'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où elle n'est pas en mesure de l'assurer elle-même, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé disposant d'un accueil permanent et de moyens de réanimation.

La coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, peut également contribuer à la continuité des soins.

La procédure de l'appel du lendemain permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire. Dans tous les cas, l'organisation doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical.

8. Quelle information est délivrée au patient ?

Le patient est l'acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire. Aussi, une information claire, précoce et réitérée, à chaque étape de sa prise en charge, est indispensable.

L'information à délivrer concerne les mesures à prendre en préopératoire (notamment le jeûne, la gestion des traitements et les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie) **et en postopératoire** (conditions de sortie, nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge, méthodes d'analgésie postopératoires, modes de recours en cas d'événements non prévus).

Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants.

9. Quels sont les bénéfices pour les patients ?

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. L'analyse des données disponibles ne remet pas en cause ce bénéfice, à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient.

- Le gain, en termes de diminution des infections associées aux soins, paraît réel puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.
- Les enquêtes rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire, et révèlent qu'une place très importante doit être accordée à l'information, à la communication et aux relations avec le personnel soignant.

10. Quels sont les risques postopératoires pour les patients ?

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques peropératoires et postopératoires.

Néanmoins, peu d'événements graves associés à la réalisation d'une procédure en ambulatoire ont été rapportés, ce qui rend difficile l'établissement d'un lien direct entre la procédure ou l'organisation ambulatoire et ces évènements.

La survenue d'effets indésirables mineurs n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire, et les incidences retrouvées dans la littérature varient en fonction des caractéristiques de la population, du type de chirurgie et des techniques anesthésiques.

L'anticipation d'éventuelles complications et l'évaluation en postopératoire immédiat permettent d'assurer une sécurité maximale ainsi que d'améliorer la prise en charge dans les meilleures conditions.

11. La chirurgie ambulatoire est-elle moins coûteuse que la chirurgie classique ?

L'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire est un postulat souvent évoqué pour justifier son développement. Les études internationales montraient que la prise en charge ambulatoire mobilisait moins de ressources que la chirurgie classique en termes de coûts hospitaliers directs. De plus, en France, l'assurance maladie avait montré, sur cinq actes, que les coûts directs restaient moins élevés, même en intégrant les phases amont et aval de l'hospitalisation.

Toutefois, que ce soit en France ou à l'étranger, les coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports, etc.) n'ont été que très rarement évalués, et les coûts tous financeurs (participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire) ne sont pas renseignés dans les études.

12. Quelles mesures incitatives actuelles existent pour développer la chirurgie ambulatoire en France ?

Trois dispositifs sont actuellement en application en France :

- **l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière** : depuis 2004, la plupart des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- **la mise sous accord préalable par l'assurance maladie de dix-sept gestes chirurgicaux marqueurs** : lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'Assurance maladie ;
- **des incitations tarifaires** :
  - l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique),
  - diminution du différentiel de tarifs pour certains « couples » de GHM entre la chirurgie ambulatoire et traditionnelle, suppression de la borne basse pour d'autres et revalorisation de certains tarifs à hauteur des coûts ajustés.

© Haute Autorité de Santé – Avril 2012

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP
appui santé & médico-social

« Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »

Synthèse et recommandations

Valorisation de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : État des lieux et perspectives

Juin 2013

3. SYNTHÈSE

Dans ce rapport, la tarification de la chirurgie ambulatoire est d'abord resituée au sein du cadre plus large de la tarification à l'activité dans laquelle elle s'inscrit (3.1). Sont ensuite présentés les modalités de la tarification à l'activité de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger (3.2), puis leur impact en termes d'organisation de cette activité (3.3).

Une partie est alors spécifiquement consacrée à la tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire (3.4). On présente enfin les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger (3.5), et la relation entre modèles tarifaires et efficience (3.6).

3.1 Le cadre général de la tarification à l'activité

Les grands principes fondant la tarification à l'activité ont été formulés à l'université de Yale, aux États-Unis, par le Pr Fetter et son équipe au début des années 80. Ils ont ensuite été appliqués, dans ce pays, à l'assurance santé fédérale Medicare, pour les personnes âgées. La tarification à l'activité a ensuite été étendue à la plupart des assureurs privés de ce pays, puis s'est progressivement diffusée, sous des modalités et objectifs divers, à la plupart des pays européens.

Pour résumer :

- la tarification à l'activité est fondée sur la description de l'activité réelle de l'établissement de santé par groupes de séjours homogènes au niveau du coût, tout en tenant compte de la diversité des cas cliniques (appelée « *case mix* » ou éventail de cas) ;
- le tarif appliqué à chaque groupe de séjours est proche du coût moyen révélé par un ensemble déterminé d'établissements hospitaliers. Cette méthode de tarification présente des vertus incitatives, mises en évidence par A. Shleifer en 1985, et connues en théorie économique sous le terme de « concurrence par comparaison » (*Yardstick competition*).

Avec la tarification à l'activité, la majorité des recettes de l'établissement hospitalier s'obtient en multipliant le tarif de chaque séjour par le nombre de cas traités annuellement, puis en y ajoutant des financements complémentaires, dont le type et les modalités de calcul peuvent varier d'un pays à l'autre.

Le principe de la tarification à l'activité s'est progressivement généralisé à la plupart des pays européens, où il a été décliné en différentes modalités.

En France, la tarification à l'activité (T2A) a été introduite progressivement de 2004 à 2008 dans le secteur sous dotation globale (public et privé non lucratif), et en 2005 dans le secteur sous objectif quantifié national (privé lucratif). Depuis 2008, elle permet de financer l'intégralité des séjours hospitaliers réalisés dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Ce système tarifaire génère des modifications dans la stratégie des établissements, recherchées par le régulateur : diminution de la durée de séjour, recherche d'un équilibre financier recettes-dépenses pour chaque activité de l'établissement, augmentation des volumes d'activité lorsque les coûts observés sont inférieurs aux tarifs pratiqués.

Il présente également de nombreuses insuffisances ou limites dans le modèle français, qui ont été mises en lumière dans la littérature :

- nécessité de l'accompagner d'un encadrement prix-volume global (fixé en France dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie) pour limiter les effets d'augmentation des dépenses de santé. Cela peut diminuer les tarifs uniformément, et donc les éloigner des coûts observés, et ainsi ne plus respecter le principe initial de neutralité tarifaire pour chaque activité ;
- raisonnement en silos négligeant le fait qu'un établissement hospitalier combine différentes activités (dont les modalités incitatives peuvent se révéler contradictoires de l'une à l'autre), et qu'il existe d'autres acteurs impliqués dans le parcours de soins des patients ;
- absence de définition du périmètre des soins pertinents à prendre en compte dans le tarif. Les modalités de calcul tarifaire retenues érigent implicitement en norme de production efficiente la moyenne ou la médiane des coûts observés, sans évaluer la pertinence de cette norme, aussi bien au niveau économique que médical.

En conclusion, le système de la T2A présente des limites de deux ordres, l'une technique qui correspond aux difficultés de collecte et de calcul des coûts, l'autre plus « politique » qui est liée aux multiples objectifs, par-

fois contradictoires, que le régulateur a voulu donner à la tarification à l'activité en France (amélioration de l'efficience par un processus de concurrence par comparaison, encadrement macroéconomique prix-volume des dépenses hospitalières, incitation à la mise en œuvre des priorités de santé publique, incitation à la mise en place de certaines pratiques – notamment la chirurgie ambulatoire).

Pour l'IGF, ces éléments contribuent à altérer la portée et la signification du signal prix porté par la tarification ; cela conduirait la T2A à glisser progressivement d'un instrument encourageant l'efficience vers un outil d'allocation budgétaire.

3.2 La tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger

Dans la construction du modèle de tarification à l'activité, la durée de séjour est considérée comme un indicateur central de l'activité hospitalière. Pour chaque hospitalisation, une durée moyenne de séjour (DMS) est déterminée, ainsi qu'un intervalle de variation autour de cette durée de séjour. Lorsque la durée de séjour observée se situe en deçà de la borne basse de l'intervalle, il est considéré comme « *outlier* » et bénéficie généralement d'une tarification spécifique.

À partir des données obtenues par la HAS, il ressort que :

- le tarif initialement retenu dans la plupart des pays ayant mis en place la tarification à l'activité était généralement plus faible pour la chirurgie ambulatoire car il était classé en outlier court, et devait donc faire l'objet d'un principe de décote fixe ou proportionnelle à la durée de séjour ;
- progressivement, la tarification identique des actes de chirurgie ambulatoire et de chirurgie classique comparables est devenue la principale modalité tarifaire retenue dans les pays européens (Autriche, Danemark, Espagne [Catalogne], France, Hongrie, Italie, Royaume-Uni, Norvège, Portugal). Les pays continuant à appliquer une décote sur certains actes sont devenus minoritaires (Allemagne, Suède, Irlande, Pologne). Pour autant les modalités de calcul de ces tarifs identiques peuvent différer d'un pays à l'autre, la HAS n'a pas pu rassembler les informations concernant les modalités de ce calcul ;
- quelques modèles tarifaires spécifiques ont été retenus dans certains pays, comme le découpage du tarif en deux parties (acte chirurgical-séjour hôtelier) en Autriche, la mise en place d'une tarification à la meilleure pratique au Royaume-Uni, le tarif incitant à la délégation d'activité public-privé en Suisse, le tarif en sus du budget en Norvège jusqu'en 1997. Leurs objectifs ne sont pas forcément ceux poursuivis en France, puisqu'ils sont liés, par exemple en Suisse et au Royaume-Uni, à la réduction des listes d'attente pour bénéficier d'une intervention chirurgicale.

La France a quant à elle initialement tarifé la chirurgie ambulatoire en utilisant une grille spécifique, correspondant à une décote variable en fonction des procédures. De plus, les séjours ambulatoires n'étaient alors pas isolés dans les nomenclatures de ceux effectués en hospitalisation classique.

À partir de 2009 le modèle tarifaire a fortement évolué :

- des groupes homogènes de malades spécifiques ont été créés (codés en J) et les séjours comparables, réalisés en hospitalisation classique, ont été classés avec un niveau de sévérité faible (code 1 sur une échelle croissante ayant quatre niveaux) ;
- cela a conduit à rapprocher progressivement les tarifs des deux types de séjours pour 18 racines de GHM en 2009, puis 39 racines de GHM en 2012 ;
- pour les séjours en ambulatoire sans code en J mais à durée moyenne de séjour faible, la borne basse de durée de séjour (déterminant le passage en outlier) a été supprimée, ce qui revient à instaurer une tarification identique également pour ces séjours ;
- pour les séjours ayant des codes en J mais des populations non identiques, la notion de socle de financement est utilisée. Elle permet de limiter le différentiel tarifaire (décote) entre les deux pratiques à 25 % au maximum ;
- pour les séjours ayant ou non des codes en J mais une DMS élevée (supérieure à 4 jours), des différences de tarifs, supérieures à 25 %, persistent avec pour objectif d'éviter les sorties prématurées et de tarifer de manière à couvrir les coûts des séjours plus longs.

La tarification identique a contribué à adresser un **signal prix** fort en faveur de la chirurgie ambulatoire, ce qui a probablement contribué à en accélérer le développement en France, le taux global de chirurgie ambulatoire

passant de 32,7 % en 2007 à 39,5 % en 2011 (+6,8 points de pourcentage), mais surtout de 60,4 % à 78,2 % pour les 18 groupes de séjours à tarification identique (+17,8 points de pourcentage).

Pour autant, ce modèle tarifaire est encore perfectible car :

- ses modalités de calcul ont conduit à s'éloigner de la neutralité tarifaire ;
- l'incitation tarifaire est de moins en moins forte, à mesure que le taux de chirurgie ambulatoire augmente, avec une réduction de l'**effet d'aubaine** pour les établissements premiers entrants ayant des taux élevés de chirurgie ambulatoire ;
- il y a un manque de lisibilité à moyen terme, du fait de l'existence d'une échelle tarifaire mobile et décroissante, ce qui pourrait contribuer à ralentir les investissements dans cette pratique ;
- la mise en place d'une liste limitative de séjours à tarification identique introduit une contrainte administrative contribuant au blocage du nombre de procédures éligibles à l'ambulatoire. La suppression de certaines bornes basses a en partie contribué à atténuer cet effet, mais le modèle tarifaire actuel limite l'extension de la chirurgie ambulatoire pour les séjours de niveau de sévérité 2, 3 et/ou à durée moyenne de séjour élevée.

3.3 L'impact de la tarification sur l'activité de chirurgie ambulatoire et son organisation

La tarification à l'activité appliquée à la chirurgie ambulatoire doit conduire à la recherche de gains d'efficience productive par les établissements hospitaliers.

Théoriquement, l'analyse de la littérature a montré que les unités de chirurgie sont amenées à moduler leur organisation et leur mode opératoire :

- en modifiant le nombre d'interventions pratiquées dans une même journée ;
- en privilégiant un mode anesthésique particulier ;
- en utilisant des techniques opératoires moins invasives ;
- en agissant sur la durée de prise en charge ;
- en modifiant la combinaison des facteurs et des procédures ;
- en diminuant les annulations, les réhospitalisations et les séjours prolongés ;
- en optimisant le chemin clinique des patients.

Les études recensées dans la littérature permettant d'évaluer les conséquences de ces choix médicaux et organisationnels portent toutefois sur un nombre relativement limité de procédures (chirurgie de la hernie inguinale, cholécystectomie laparoscopique, chirurgie du glaucome, chirurgie orbitopalpébrale, chirurgie sénologique, arthroscopie de l'épaule). Elles utilisent des méthodologies très différentes, parfois peu robustes, et ne sont donc pas directement comparables entre elles.

Elles montrent, concernant l'équilibre financier :

- que les unités de chirurgie envisagent encore souvent la **rentabilité** de l'activité ambulatoire de manière très partielle, en ne considérant que la partie **recettes**, sans tenir compte des coûts de production associés ;
- que le niveau d'équilibre financier pour l'établissement de santé de la chirurgie ambulatoire, notamment par rapport à la chirurgie classique, n'est pas directement lisible en comparant le tarif d'une procédure avec son coût unitaire moyen ;
- que cet équilibre pour l'unité de chirurgie ambulatoire ne peut s'apprécier qu'en évaluant son organisation (i.e. nombre d'interventions par jour, gestion des annulations, durée d'ouverture), les types de protocoles utilisés (anesthésie locale ou générale, durée de l'intervention chirurgicale), la qualité des soins fournis (minimisation des complications et des réadmissions), tout en tenant compte également de la quantité de facteurs de production utilisés (effectifs en personnel, nombre de blocs) et de la combinaison des procédures (types d'interventions privilégiées au sein d'une même spécialité, ou en fonction de la catégorie d'âge).

Concernant l'évaluation de l'efficience productive

- une étude britannique soulignait que la réalisation d'une procédure pouvait s'avérer structurellement déficitaire quels que soient les gains d'efficience réalisés, en raison d'une tarification trop faible retenue par le régulateur.
- deux études américaines portant sur les centres indépendants de chirurgie ambulatoire soulignaient que certains aménagements majeurs en termes de personnel, nombre de blocs, combinaison de procédures étaient parfois nécessaires pour que les établissements se situent sur leur frontière d'efficience productive.

- dans une étude norvégienne, le choix de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique permettait d'améliorer l'efficience des établissements.
- les gains d'efficience reposaient également parfois sur une augmentation de l'activité de l'unité, impliquant qu'il existe un **réservoir de demande** permettant d'accroître le niveau d'activité. Ce réservoir de demande dépend de facteurs exogènes à l'établissement et notamment du degré de concurrence locale et de l'état de santé des populations résidant dans la zone de recrutement qui ne devait pas être trop éloignée de l'établissement, compte tenu des temps d'ouverture de la structure limités à 12 heures.

Parallèlement, la tarification à l'activité peut avoir un impact sur les choix observés au niveau du secteur, notamment :

- *sur le développement de la chirurgie ambulatoire* : deux études seulement se sont interrogées sur l'impact des incitations tarifaires sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Alors que l'étude britannique, méthodologiquement robuste, concluait de manière positive, l'étude française était plus réservée, en raison de la méconnaissance par les acteurs des règles tarifaires. Cette étude avait une faible représentativité car elle ne portait que sur quatre établissements,
- *sur le partage entre les établissements publics et les établissements privés de l'activité de chirurgie ambulatoire* : une seule étude, réalisée à Taïwan, montrait que les établissements privés, du fait de leur statut lucratif, étaient plus sensibles aux incitations financières et de ce fait plus enclins à développer la chirurgie ambulatoire que les établissements publics. Ce constat restait valable en tenant compte du contexte concurrentiel, de la taille de l'établissement, et en ajustant sur les caractéristiques des patients. Cependant, cette étude ne mesurait pas l'impact d'une modification tarifaire, mais uniquement le partage d'activité constaté sous une même règle tarifaire ;
- *sur la sélection des patients et les temps d'attente pour bénéficier d'une intervention* : une étude norvégienne avait posé le postulat d'un renforcement de la sélection des patients éligibles à l'ambulatoire (et l'augmentation des temps d'attente pour les cas les plus sévères) après la mise en place de la tarification identique. L'analyse des données n'avait pas validé cette hypothèse ;
- sur la convergence des taux de chirurgie ambulatoire sur le territoire : une étude britannique montrait qu'en dépit de la mise en place de règles tarifaires incitatives homogènes sur le territoire, les taux de chirurgie ambulatoire restaient très hétérogènes d'une région à l'autre. Les auteurs suggéraient que le choix du type d'intervention dépendait de l'existence ou non d'un consensus professionnel sur le type de prise en charge le plus approprié.

3.4 Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et leurs modalités tarifaires

Pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire, certains pays (États-Unis et Royaume-Uni notamment) ont choisi de favoriser l'implantation de « centres indépendants » de chirurgie ambulatoire. Ils sont le plus souvent distincts géographiquement et administrativement des établissements hospitaliers environnants. Il en existe également en Allemagne.

▶ Centres indépendants aux États-Unis

Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire est réalisée dans trois types de structures : les hôpitaux, les centres de chirurgie ambulatoire indépendants – ou *Ambulatory Surgery Centers* (ASC) – et les officines de praticiens. Encouragés par Medicare afin de favoriser l'accès des patients à la chirurgie ambulatoire et de limiter les listes d'attente, le nombre d'ASC a rapidement crû depuis 1980. Il y en avait 5316 en 2010, représentant 37 % de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le coût total des ASC pour Medicare est ainsi passé de 1,2 milliard de $ en 1999 à 3,4 milliards de $ en 2010, soit une croissance de 183 % en 11 ans.

Tarification

Au début des années 2000, les tarifs de la chirurgie ambulatoire appliqués en ASC étaient plus élevés que ceux appliqués dans les établissements hospitaliers pour 8 des 10 codes de procédures alors utilisés. Ce système tarifaire aurait contribué à accélérer le développement des ASC. Il a donc été modifié en 2008 par Medicare, et les ASC ont eu 4 ans (2007-2011) pour s'y adapter. Deux types de tarification sont actuellement utilisés :

- pour les procédures pouvant également être réalisées en cabinet médical : le système tarifaire des ASC est calqué sur celui des cabinets médicaux (*i.e. Medicare Physician Fee Schedule* – MPFS). Toutefois, le coefficient d'intensité pour frais professionnels est plus faible que celui des cabinets médicaux et l'on rajoute un paiement pour les installations (*facility payment*) ;
- pour les procédures non susceptibles d'être réalisées en cabinet médical : chaque séjour est désormais classé dans la même grille de 201 codes APC (*Ambulatory Payment Classification*) que celle utilisée pour les hôpitaux. Le tarif de conversion monétaire des codes APC appliqué dans les ASC est plus faible que celui des hôpitaux (42,63 $ US en ASC contre 70,12 $ en établissement hospitalier en 2012).

Évaluation

Les études portent sur les caractéristiques des patients et la qualité de la prise en charge dans les ASC comparées aux cabinets de médecins et aux hôpitaux. Les travaux recensés montraient que :

- du fait de la multiplicité des paramètres pouvant entrer en jeu (types de procédures, caractéristiques sociodémographiques des patients) et de résultats parfois contradictoires, les données de la littérature ne permettaient pas d'établir qu'il existait des différences de qualité (mesurée par le taux d'événements indésirables) dans les interventions en chirurgie ambulatoire réalisées par les ASC, par rapport à celles pratiquées dans les hôpitaux ou dans les cabinets des médecins ;
- les patients opérés dans les ASC présentaient des caractéristiques différentes de ceux pris en charge dans les hôpitaux. Ils étaient moins âgés, plutôt couverts par une assurance privée, et avaient moins de comorbidités que les patients pris en charge par les hôpitaux. Ces constats ne validant pas pour autant l'hypothèse d'une sélection des cas, dans la mesure où les ASC se situent plus souvent dans les grandes métropoles urbaines qui ont des caractéristiques sociodémographiques proches de celles de la population recrutée, contrairement aux hôpitaux de communauté qui recrutent des patients sur des bassins de population plus diversifiés ;
- les données validant l'hypothèse d'un impact des ASC sur l'activité des hôpitaux généraux sont peu robustes, notamment parce que les informations sur les tarifs et la population traitée dans les ASC ne sont pas librement accessibles, et que les estimations portent sur des données macroéconomiques générales. Elles ne documentent pas de manière précise les modifications dans les cas traités, ni la gravité des patients pris en charge dans chaque structure ;
- les données analysées n'avaient pas permis d'établir que les ASC produisaient des soins de manière plus efficiente que les hôpitaux. En revanche, la présence d'ASC sur le périmètre géographique des établissements hospitaliers permettait d'améliorer l'efficience de ces derniers.

▶ Centres indépendants au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la chirurgie ambulatoire s'est développée dans des centres de traitement indépendants dits ISTC (*Independant Sector Treatment Centres*) qui peuvent être de statut public ou privé. Les soins proposés par les différents ISTC couvrent plusieurs spécialités (principalement l'ophtalmologie et l'orthopédie). Ils concernent les consultations externes, les actes de diagnostic et la chirurgie ambulatoire. Au nombre d'une centaine environ, leur importance reste marginale dans la réalisation de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni (seulement 4 % des opérations de la cataracte, 7 % des opérations de la hanche et 9 % des arthroscopies en 2007).

Tarification

- Le prix des interventions se fonde sur celui à l'activité des hôpitaux (groupes HRGs du *National Health Service* britannique), accompagné d'un supplément (de 11,2 % en moyenne) afin d'inciter les opérateurs à entrer sur ce marché et de leur permettre de couvrir leurs coûts d'installation.
- Le contrat de 5 ans avec le NHS prévoit également une garantie de couverture (système « *take or pay* ») des coûts fixes de la structure, quelle que soit son activité.

Évaluation

Les données d'évidence disponibles dans les trois études publiées montraient que les patients traités dans les hôpitaux du NHS étaient plus complexes que ceux traités dans les ISTC. Ces différences pouvaient justifier des différences de tarifs, mais dans le sens inverse de ce qui était retenu par le NHS, c'est-à-dire en octroyant un

tarif plus élevé pour les patients pris en charge dans les hôpitaux du NHS plutôt que pour ceux pris en charge dans les ISTC. Pour autant, le niveau du différentiel de tarif ne pouvait être déterminé, car la qualité des soins et la performance des ISTC n'étaient pas connues.

► Centres indépendants en Allemagne

En Allemagne, les établissements hospitaliers n'ont été autorisés à pratiquer la chirurgie ambulatoire qu'après 1993. Des centres indépendants ont été créés à l'initiative de spécialistes de ville puis se sont développés jusqu'à représenter près de 70% des interventions ambulatoires pratiquées sur le territoire. Une grille tarifaire des actes ambulatoires est utilisée pour les interventions qui doivent être habituellement pratiquées en centre indépendant. Pour les interventions qui peuvent être pratiquées à la fois en centre indépendant et en établissement hospitalier, la tarification à l'activité (G-DRGs) est appliquée. Les caisses d'assurance maladie doivent appliquer pour la chirurgie ambulatoire un tarif compris entre 50 et 90% de celui de l'hospitalisation classique.

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en Allemagne n'a été retrouvée.

► Centres indépendants en France

Quelques centres indépendants ont été créés au début des années 80 en France. En 2012 il en existe cinq identifiés dans le fichier FINESS (qui disposent d'une seule autorisation de chirurgie, sous la forme de chirurgie ambulatoire).

En 2012, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a pris un arrêté permettant l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire (à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique) pour la création de centres indépendants de chirurgie ambulatoire, à hauteur de une ou deux implantations sur la région.

Les modalités tarifaires de ces centres sont identiques à celles pratiquées dans les autres établissements de santé (GHS et tarification en J).

Aucune étude évaluant le fonctionnement des centres indépendants en France et les caractéristiques des patients traités n'a pu être retrouvée dans la littérature publiée.

3.5 Les nouveaux principes tarifaires proposés à l'étranger

Pour dépasser les limites de la tarification à l'activité, certains pays ont recherché un modèle tarifaire permettant d'améliorer l'efficience et la qualité de la prise en charge.

Pour ce faire, le modèle tarifaire retenu doit s'affranchir des tarifs fondés sur les coûts (*cost based pricing*) et utiliser des principes tarifaires adaptés à l'objectif poursuivi. On parle alors de tarification normative (*normative pricing*).

Deux types de tarification normative ont été développés très récemment et appliqués à la chirurgie ambulatoire. Il s'agit de la tarification à la meilleure pratique (*best practice tariff*), mise en place en Grande-Bretagne, et de la tarification à l'épisode de soins (*bundled payment*) utilisée aux États-Unis.

► Tarification à la meilleure pratique

Le principe du tarif à la meilleure pratique a été conçu en Grande-Bretagne pour inciter les offreurs à produire des soins de qualité et coût-efficaces. Ce système de paiement repose sur l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence ou, *a minima*, d'une bonne pratique.

Le *best practice tariff* (BPT) a été introduit en 2010 pour deux procédures de chirurgie ambulatoire avec extension à 12 procédures supplémentaires en 2011.

Principe

Pour la chirurgie ambulatoire, ce nouveau modèle tarifaire représente un véritable changement de paradigme par rapport au tarif identique au coût moyen pratiqué jusqu'alors en Grande-Bretagne. En effet :

- il rétablit deux tarifs distincts pour la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ;
- il calcule le coût, non plus sur la base de la moyenne observée dans les établissements, mais sur la base de la pratique la plus efficiente (la chirurgie ambulatoire parfois combinée à une technique opératoire ou à un mode d'organisation de la prise en charge du patient) ;
- il fixe les tarifs pour la chirurgie ambulatoire à un niveau plus élevé que celui de la chirurgie classique, en tenant compte du taux d'atteinte de l'objectif cible (taux de chirurgie ambulatoire à atteindre sur le territoire).

Le BPT combine ainsi la recherche de l'efficience avec la mise en place d'un processus d'incitation tarifaire visant à atteindre un taux cible de chirurgie ambulatoire.

Évaluation
L'évaluation de l'impact du BPT au Royaume-Uni n'a été réalisée que dans une étude. Elle montrait que le BPT avait eu un impact sur le taux de cholécystectomies pratiquées en ambulatoire, mais ces résultats restaient limités à une procédure et ont été analysés sur une période brève. Par ailleurs, certains effets négatifs liés à l'utilisation du BPT avaient été enregistrés, notamment concernant l'accroissement des délais d'attente et les modifications de codage des comorbidités. Enfin, l'augmentation du recours à la technique laparoscopique, qui était souhaitée, n'était pas toujours observée.

▶ Tarification à l'épisode de soins

Considérant que les tarifs à l'activité ou à l'acte utilisés aux États-Unis rémunéraient une prestation de service dont le périmètre est relativement étroit, sans approche coordonnée des soins, ce qui encourage la multiplication des actes, la Medpac (*Medicare Payment Advisory Commission*) a proposé d'expérimenter en 2008 un nouveau modèle tarifaire à l'épisode de soins (*bundled payment*).

Principe
Le principe est un paiement unique pour l'ensemble des soins dont le patient a besoin au cours d'un épisode morbide donné, plutôt que de rémunérer les offreurs pour chaque acte réalisé isolément.

- Ce paiement s'étend à plusieurs offreurs de soins qui doivent se coordonner entre eux et se partager une rémunération globale.
- La rémunération globale est inférieure à la somme des paiements isolés antérieurement perçus.
- Le tarif de l'épisode de soins prévoit généralement une rémunération pour couvrir les risques aléatoires mais les coûts des risques techniques (complications évitables) sont à la charge des producteurs de soins.

Les offreurs passent ensemble un contrat avec le payeur (*i.e.* Medicare, Medicaid ou une compagnie d'assurance privée) qui a préalablement évalué le coût global de l'épisode de soins à l'aide de ses bases de données.

Expérimentation
Ce système a été expérimenté et évalué dans trois programmes : Medicare (dans les années 90 pour le pontage coronarien), le programme Prometheus en 2006 concernant différents plans de santé et 10 procédures de chirurgie, et *Geisenger's ProvenCare* à partir de 2006 dans le cadre d'un système de soins intégré pour le pontage coronarien.

Évaluation
Le dispositif de paiement à l'épisode de soins présente potentiellement des avantages en termes d'efficience et a donné des résultats prometteurs dans les sites où il a été expérimenté, mais les données de preuve validant ces présupposés théoriques sont peu nombreuses, et portent sur les expérimentations les plus anciennes.

Des difficultés pratiques de mise en application ont en revanche été soulignées. Elles sont essentiellement d'ordre administratif (collecte des informations, coordination des offreurs, etc.). Pour les résoudre, il est nécessaire que la mise en place soit progressive, et s'accompagne d'une période d'expérimentation préalable.

Pour la chirurgie, ce système présente surtout un intérêt pour les interventions coûteuses ou mobilisant un nombre important de producteurs de soins qui doivent se coordonner (prise en charge autour du pontage coronarien par exemple). Il a toutefois été expérimenté pour quelques interventions en chirurgie ambulatoire, dans le cadre du programme Prometheus. L'intérêt du paiement à l'épisode de soins pour tarifer la chirurgie ambulatoire reposerait plus sur la capacité à définir l'intervention la plus appropriée, les étapes de la prise en charge et le chemin clinique du patient, pour ensuite en déterminer le coût. Le paiement à l'épisode de soins aurait par ailleurs l'avantage d'être incitatif pour l'amélioration de la qualité, s'il incluait par exemple les réadmissions à 30 jours.

3.6 Modèles tarifaires et efficience

La tarification identique a été introduite afin de favoriser la substitution de la chirurgie classique par la chirurgie ambulatoire, et de dégager des gains d'efficience allocative, puisque cette dernière est réputée moins coûteuse pour le financeur.

Pour autant, avec la tarification identique, les gains d'efficience allocative deviennent plus limités que ceux initialement prévus, puisqu'ils ne peuvent se réaliser que

lorsque le tarif pratiqué a convergé vers le coût de la chirurgie ambulatoire, suite au développement de cette activité.

De plus, parce qu'elle ne respecte pas la neutralité tarifaire et reste déterminée par rapport aux coûts moyens, la tarification identique ne permet pas de réaliser la totalité des gains d'efficience productive potentiellement réalisables.

Les modèles de tarification utilisés à l'étranger (tarification à la meilleure pratique en Grande-Bretagne et tarification à l'épisode de soins aux États-Unis) ont été introduits dans des contextes spécifiques mais avaient également pour objectif d'augmenter l'efficience :

- l'objectif du régulateur britannique était de privilégier l'augmentation de la quantité d'offre ambulatoire, tout en améliorant la qualité de la prise en charge (meilleure pratique) et la mise en place d'une forte incitation tarifaire pour encourager à la substitution d'une activité à l'autre. Toutefois, le modèle des tarifs à la meilleure pratique encourage l'amélioration de la qualité de la prise en charge, mais pas forcément la réalisation de gains d'efficience car les coûts de la meilleure pratique peuvent s'avérer plus élevés. De plus l'incitation tarifaire à la substitution conduit à sur-tarifer la chirurgie ambulatoire par rapport à son coût réel pour l'établissement. Finalement, la règle tarifaire aura pour effet d'améliorer le taux de chirurgie ambulatoire, d'améliorer la qualité, mais sera globalement vraisemblablement plus coûteuse pour le système de santé britannique ;
- le modèle américain du paiement à l'épisode de soins se situe dans une perspective plus globale (prise en compte de l'ensemble des producteurs de soins). Il permet de combiner la recherche de gains d'efficience, productive et allocative, mais ne comprend pas de composante incitative visant à substituer une activité par une autre.

L'analyse de la littérature a permis de montrer que différents éléments peuvent contribuer au renouvellement du modèle tarifaire français de la tarification identique. Le fait d'en privilégier certains dépend des objectifs et contraintes du régulateur.

- Si l'objectif est la recherche de l'efficience productive de la chirurgie ambulatoire tout en maintenant la tarification identique, ce tarif devrait être fixé au niveau du coût constaté de la chirurgie ambulatoire.
- Si l'on souhaite favoriser la recherche de gains d'efficience productive du côté des résultats de santé, le tarif devrait être calculé en référence au coût de production des bonnes pratiques en chirurgie ambulatoire.
- Si l'on privilégie le principe de neutralité tarifaire tout en reconnaissant les spécificités organisationnelles de la chirurgie ambulatoire, il conviendrait de renoncer à la tarification identique, et de fixer le tarif de chacune des prises en charge au niveau de son coût propre.
- Si l'on souhaite renoncer à la dimension « évaluation de la pratique de chirurgie classique » que joue implicitement la tarification identique, il conviendrait de recourir davantage aux mécanismes permettant d'évaluer la pertinence des pratiques de chirurgie classique (comme par exemple la mise sous accord préalable par l'Assurance maladie).
- Si l'on souhaite renforcer les incitations en mettant en place des dispositifs au niveau des établissements, le partage des gains d'efficience allocative en fonction des niveaux d'effort de chaque établissement devrait être réalisé et des mesures d'accompagnement (contractualisation, politique d'investissement) pourraient être envisagées au niveau national ou local via les ARS.

Ces différentes propositions pourraient être combinées en fonction des objectifs poursuivis par les tutelles.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire

Janvier 2015

La HAS
est l'auteur de ce document.

Ce document, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

© Haute Autorité de santé – 2015

Sommaire

1. Préambule ____ 4
2. Grille d'entretien ____ 6
3. Méthode d'élaboration de la grille ____ 11
4. Participants ____ 12

1. Préambule

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète permettant le retour à domicile du patient le jour même de son intervention. Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 précise que « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge... d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. »[1]

Il s'agit d'un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques[2].

➔ Le développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité nationale avec un objectif affiché d'un taux de plus de 50 % à l'horizon 2016. C'est également une priorité pour la HAS qui souhaite notamment faire progresser les approches de parcours de soins centrées sur le patient. L'un des enjeux du parcours du patient en chirurgie ambulatoire est notamment d'assurer la continuité de sa prise en charge entre le domicile et l'établissement de santé avant et après l'acte opératoire par les différents acteurs de santé.

➔ L'évolution de la procédure de certification des établissements de santé

Parallèlement, dès 2014, une nouvelle procédure de certification des établissements de santé (procédure V2014) est déployée. Elle prévoit notamment :

- la mise en place d'un compte qualité qui se substitue à l'auto-évaluation et résume les axes d'évaluation prioritaires et le programme d'actions de l'établissement de santé ;
- l'évolution des méthodes de visite : réalisation d'audit de processus, évaluation de la prise en charge de patients traceurs[3].

La méthode du patient traceur est une méthode d'évaluation qui consiste, à partir d'une expérience de soins d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interprofessionnelle tout au long de la prise en charge et d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à sa prise en charge.

La mise en œuvre de la méthode comporte l'analyse du dossier du patient qui sert de fil conducteur, l'échange avec les professionnels qui concourent à la prise en charge du patient ainsi qu'un entretien avec le patient.

➔ La grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire

Afin d'accompagner les professionnels et les établissements de santé dans le développement de la chirurgie ambulatoire, la HAS et l'ANAP, ont développé en partenariat des recommandations, des guides et des outils de diagnostic et de mise en œuvre dans le cadre d'un programme pluriannuel[4].

La présente grille patient-traceur a été élaborée par la HAS afin d'évaluer l'activité de chirurgie ambulatoire dans le cadre de la certification des établissements de santé, en prenant en compte les évolutions de la procédure de certification. Elle vise à évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours ainsi que la capacité des établissements à mettre en place une approche centrée sur le patient.

[1] Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

[2] « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Recommandations organisationnelles ». HAS-ANAP, mai 2013

[3] Voir site Internet de la HAS sur la visite en V2014 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616204/fr/la-visite-v2014?xtmc=&xtcr=1)

[4] Programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » - site Internet de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire?xtmc=&xtcr=1)

➔ Cette grille est destinée :

- aux établissements de santé qui souhaitent se préparer à la visite de certification en V2014 et/ou utiliser la méthode du patient-traceur comme méthode d'amélioration en interne de la qualité et de la sécurité des soins. La grille doit être utilisée selon les modalités définies dans le guide méthodologique HAS « Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »[5] ;
- aux experts-visiteurs de la HAS lors de la visite de certification en V2014. Elle complète la grille générique patient-traceur pour les experts-visiteurs et permet de personnaliser la grille à la chirurgie ambulatoire.

[5] « Le patient traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». HAS, 2014

2. Grille d'entretien

Étapes	Item	Éléments à investiguer	Critères	Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P)
Étape pré-opératoire	1	Les informations médicales issues de la consultation chirurgicale (diagnostic, rapport bénéfice/risque de l'intervention pour le patient, choix de l'acte et de la technique chirurgicale, côté à opérer, etc.) et anesthésique (choix des modalités de l'anesthésie, antibioprophylaxie, examens complémentaires si besoin, modifications éventuelles des traitements, poids et taille, etc.) figurent dans le dossier	14aE2-1 17aE2-3	E
	2	L'éligibilité du patient à la prise en charge ambulatoire (critères médicaux et psycho-socio-environnementaux) a été évaluée et est tracée dans le dossier	14aE2-1	E
	3	L'identité et les coordonnées du médecin traitant figurent dans le dossier ; figure également la copie du courrier qui a été adressé par le chirurgien au médecin traitant avant l'intervention et précisant la prise en charge en ambulatoire et ses modalités	14aE2-2	E
	4	Le patient a été informé du rapport bénéfice/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention en ambulatoire et de ses modalités L'enfant a été informé de manière adaptée à son âge	11aE1-1	E/P
	5	Le consentement éclairé du patient (et celui de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé sous tutelle[6]) a été recueilli et est tracé dans le dossier	11bE1-1	E/P
	6	S'il s'agit d'un mineur, l'« autorisation écrite d'opérer » signée par les deux représentants légaux figure dans le dossier	11bE1-1	E
	7	Le patient a été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette mention est tracée dans le dossier du patient	11aE1-2	E/P
	8	Le patient a été informé par oral et par écrit (par exemple au moyen du passeport ambulatoire s'il existe) sur : - les consignes à suivre avant l'intervention (douche, préparation cutanée, jeûne, gestion de son traitement personnel [antiagrégants/anticoagulants…], exigences liées à l'anesthésie, arrêt du tabac, etc.) - les suites normales de la chirurgie (tuméfaction de la cicatrice) et d'éventuels effets indésirables de l'anesthésie/sédation (troubles cognitifs et de vigilance pendant les 12 premières heures) - les symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte - les modalités de recours en cas d'événements imprévus (coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, numéro de téléphone à appeler en cas de problème)	11aE1-1	E/P

[6] En plus de celui des représentants légaux, « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (art. L. 1111-4 du CSP). Le consentement doit être écrit en cas d'IVG, de stérilisation à visée contraceptive, de recherche impliquant la personne, de prélèvement d'organes, tissus, cellules et produits du corps humain (art. R. 1112-2 du CSP). Des dispositions spécifiques concernent l'IVG chez la mineure.

Étapes	Item	Éléments à investiguer	Critères	Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P)
		- les conditions pour le retour à domicile, la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au domicile et si besoin pendant la première nuit -les prescriptions postopératoires : ordonnances (médicaments, dispositifs, soins, etc.) remises en préopératoire et/ou à la sortie : traitement de la douleur à domicile, traitement des nausées et vomissements éventuels, traitement anticoagulant si adapté, etc. -s'il y a lieu, le recours à un(e) infirmier(ère), à un(e) masseur-kinésithérapeute ou à un autre professionnel -les modalités de reprise après la sortie de la douche/du bain, l'alimentation, l'activité physique -la durée de l'arrêt de travail -la date de la consultation postopératoire		
	9	La préadmission du patient a été réalisée	26aE2-1	E/P
	10	La programmation de l'intervention a été réalisée	26aE2-1	E
	11	Le patient a été informé par oral et par écrit sur la date et l'horaire d'admission, les modalités d'accès à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et l'horaire de sortie prévisible	11aE1-1	E/P
Appel de la veille	12	L'appel du patient à J-1 ou J-2 a été réalisé conformément à la procédure en place dans l'UCA (et figurant dans la charte de fonctionnement) pour : - confirmer sa venue et vérifier l'absence de pathologie intercurrente ou de tout autre élément pouvant entraîner une déprogrammation - les consignes préopératoires : jeûne et préparation cutanée, prise du traitement habituel, arrêt et/ou relais éventuel, réalisation des examens complémentaires et/ou consultations prescrits - confirmer l'horaire d'arrivée en rappelant son importance - rappeler les conditions de sortie et la nécessité d'un accompagnant pour le retour et si besoin la nuit L'appel et les vérifications effectuées sont tracés	26aE2-4 14aE2-1	E/P
Prise en charge pré-opératoire en UCA	13	Les conditions d'accueil en UCA avant l'intervention (accueil, information, identification, pose de bracelet, confort, délai d'attente, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes pour le patient et pour son/ses accompagnants en privilégiant leur arrivée au fil de l'eau	15aE2-1 15aE2-3 16aE2-3 10bE2-1 10cE2-1	P
	14	La qualité des informations transmises au patient (déroulement de la journée, réponses aux questions posées par le patient...) a été satisfaisante pour le patient et pour son/ses accompagnants	11aE3	P
	15	Les informations sur la prise en charge du patient en UCA avant l'intervention figurent dans le dossier (fiche de liaison : préparation du patient, vérifications avant transfert au bloc, vérification du jeûne, de l'état cutané et de l'absence d'une pathologie intercurrente, etc.)	26aE1-4 14aE2-1 18aE2-1	E

Étapes	Item	Éléments à investiguer	Critères	Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P)
	16	La visite préanesthésique a été effectuée et est tracée dans le dossier	26aE1-4 14aE2-1	E
	17	Les conditions de déplacement/brancardage (identification, intimité, sécurité, confidentialité, prise en charge de la douleur, etc.) ont été satisfaisantes	26aE1-4 6eE2-1 6eE2-2	P
Intervention au bloc opératoire	18	Les conditions d'accueil au bloc opératoire (accueil, identification, confort, délai d'attente, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes	15aE2-3 16aE2-3 10bE2-1 10cE2-1	P
	19	Les documents nécessaires pour la prise en charge du patient au bloc opératoire sont présents : dossier chirurgical, dossier d'anesthésie	14aE2-1 18aE2-1	E
	20	La prise en charge anesthésique peropératoire (y compris les dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée	14aE2-1	E
	21	La prise en charge chirurgicale peropératoire (heure d'entrée en salle, heure d'incision, type d'installation, identification des intervenants, temps opératoire et dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée	14aE2-1	E
	22	Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier	26aE2-3	E
	23	La *check-list* sécurité du patient est tracée (dans le dossier ou dans le logiciel du bloc ou sur un autre support), tous les items ont été vérifiés, les « non-conformités » éventuelles sont tracées	26aE2-2	E
	24	La trace des examens prescrits au bloc ou en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (biologiques, radiologiques peropératoires ou anatomo-cyto-pathologiques) figure dans le dossier	14aE2-1	E
SSPI	25	Les conditions de prise en charge en SSPI (identification, intimité, dignité, confidentialité, surveillance, confort et prise en charge de la douleur, des nausées/vomissements éventuels, etc.) ont été satisfaisantes	15aE2-3 10bE2-1 10cE2-1	P
	26	Les évaluations régulières de la douleur à l'aide d'un outil adapté et les traitements antalgiques prescrits et administrés figurent dans le dossier	12aE2-3 12aE2-4	E
	27	Les autres informations sur la prise en charge postopératoire du patient en SSPI figurent dans le dossier dont : - autres prescriptions et trace de l'administration - éléments de surveillance postopératoire standard et spécifique à l'acte réalisé, à l'anesthésie, au patient (enfant…) - éventuels événements indésirables - mise en œuvre des soins postopératoires	14aE2-1 20abis E2-1 20abis E2-5	E
	28	Les informations sur la sortie du patient de SSPI figurent dans le dossier (heure de sortie, autorisation de sortie, score d'Aldrete ou autre score, identité, qualité et signature des	14aE2-1	E

Étapes	Item	Éléments à investiguer	Critères	Équipe (dossier) (E) / patient et/ou proches (P)
		intervenants, etc.)		
Prise en charge postopératoire en UCA et sortie	29	La fiche de liaison bloc-UCA figure dans le dossier	26aE1-4 14aE2-1 18aE2-1	E
	30	Les informations sur la sortie du patient de l'UCA sont tracées dans le dossier : - vérification de l'aptitude au retour au domicile (score de Chung ou autre score, etc.) - fiche d'autorisation de sortie signée par le chirurgien ou l'anesthésiste - conditions de retour à domicile adaptées au patient (présence de l'accompagnant, conditions spécifiques chez l'enfant) - heure de sortie	14aE2-1	E
	31	Les consignes à suivre au retour au domicile ont été réitérées au patient à sa sortie et consignées par écrit : - prise en charge de la douleur à domicile, gestion des nausées et vomissements éventuels - symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte, recours en cas d'événements imprévus - nécessité de l'intervention d'autres professionnels de santé au retour à domicile - modalités de reprise de la douche/du bain, l'alimentation, l'activité physique - précautions ou précisions éventuelles sur le site opératoire - de la consultation postopératoire	24aE2-2	E/P
	32	L'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge a été remis au patient et ils sont tracés dans le dossier, notamment : - le bulletin de sortie signé par un médecin, mentionnant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations de surveillance postopératoire ou anesthésique, les coordonnées des personnels de l'établissement assurant la continuité des soins - les ordonnances de sortie confirmées (antalgiques, pansement, rééducation, etc.) - la lettre/le document de sortie pour le médecin traitant et au mieux le compte rendu opératoire (avec traçabilité d'un éventuel DMI) - le carnet de santé et les dispenses scolaires/sportives (enfants), les arrêts de travail, etc.	24aE2-1 24aE2-2	E/P
Après le retour à domicile	33	L'appel du patient à J+1 (ou au-delà) (contrôle de la douleur, recherche d'événements indésirables, etc.) a été réalisé conformément à la procédure en place dans l'UCA (et figurant dans la charte de fonctionnement) ; les rappels et vérifications effectués sont tracés dans le dossier	18aE1-2 14aE2-1	E/P

➔ Pour en savoir plus, consulter :

Le site de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire)

Le rapport d'évaluation technologique « Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2014

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Recommandations organisationnelles », HAS-ANAP, mai 2013

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2013

Les recommandations AFU-SFAR-AFA-ANAP « Chirurgie ambulatoire en urologie », 2013 (label HAS)

Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances », HAS-ANAP, avril 2012

Les recommandations formalisées d'experts « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire », SFAR, 2009

Les recommandations « Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans) », CNCE-Adarpef, 2008

L'outil Web de l'ANAP « Itinéraire Chir Ambu » (http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/organisation/chirurgie-ambulatoire/itineraire-chir-ambu/)

3. Méthode d'élaboration de la grille

→ La méthode d'élaboration de cet outil inclut :

- l'élaboration d'une version initiale de la grille par un groupe de travail pluridisciplinaire en se basant sur les recommandations de bonne pratique françaises publiées de 2008 à juin 2014 ;
- l'envoi pour avis de la version initiale de la grille aux parties prenantes ;
- l'analyse des avis des parties prenantes par le groupe de travail et l'élaboration de la version finale de la grille.

4. Participants

Chefs de projet

Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, HAS, Saint-Denis.
M. Olivier Le Rouge, chef de projet, HAS, Saint-Denis.

Groupe de travail

Mme Nicole Bertini, cadre supérieur de santé, Bourg-en-Bresse.
Dr Jean-Pierre Coulon, chirurgien orthopédiste, Paris.
Mme Catherine Jugie-Robert, Ibode, Paris.
M. Marc Millan, cadre de santé, Bourg-de-Péage.
Dr Pierre Perucho, anesthésiste-réanimateur, Perpignan.
Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian, chirurgien urologue, Marseille.
Dr Geneviève Roblès, anesthésiste-réanimateur, Saint-Denis de la Réunion.

Parties prenantes sollicitées

Académie nationale de chirurgie
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Association française de chirurgie ambulatoire
Collectif interassociatif sur la santé
Collège français des anesthésistes-réanimateurs
Conférence des présidents de CME des CH
Conférence des présidents de CME des CHU
Conférence nationale des directeurs de CH
Conférence nationale des directeurs généraux de CHU
Conférence nationale des présidents de CME de CHS
Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
Conférence des présidents de CME du secteur privé non lucratif
Conseil des experts-visiteurs
Conseil national de la chirurgie de l'enfant et ambulatoire
Direction générale de l'offre de soins
Fédération de l'hospitalisation privée
Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés
Fédération hospitalière de France
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
Société française d'anesthésie et de réanimation
Unalbode
Unicancer

[redacted]

Document n°7

économie de la santé

Les enjeux économiques de la chirurgie ambulatoire

▌Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite de restructurer le système hospitalier pour permettre de réelles économies ▌L'hôpital doit donc modifier son schéma d'organisation pour tirer les bénéfices du développement de l'ambulatoire en matière d'efficience.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – chirurgie ambulatoire ; économie de la santé ; organisation ; qualité des soins ; système hospitalier

Frédéric Bizard
Économiste de la santé, enseignant
Sciences Po Paris, 27, rue Saint-Guillaume, 75007 Paris, France

The economic challenges of day surgery. The development of day surgery requires the hospital system to be restructured in order for real savings to be made. The hospital must therefore modify its organisational set-up to reap the benefits of the efficiency gains resulting from the development of day surgery.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – day surgery; healthcare economy; hospital system; organisation; quality of care

Alors que tous les projecteurs sont tournés vers la chirurgie ambulatoire pour réaliser une partie des 10 milliards d'euros d'économie en santé, de 2015 à 2017, celle-ci est certes génératrice d'économies (sous certaines conditions) mais elle est avant tout un bienfait pour les patients. Le développement de la chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital sans lits de demain avec la dissociation de l'activité de soins, de plus en plus sophistiquée, et de l'activité d'hébergement et l'externalisation de plusieurs services de santé.

Une activité en cours de généralisation

▌**Le développement de la chirurgie ambulatoire a connu une accélération ces dernières années,** avec une hausse de plus de dix points de parts de marché parmi les séjours chirurgicaux de 2007 à 2013 [1] *(figure 1, tableau 1)*. Le taux de croissance de l'activité ambulatoire est ainsi plus de deux fois plus élevé que celui de l'activité chirurgicale totale. Sur la même période, la capacité hospitalière de chirurgie a baissé de près de 4,5 %, passant de 100 000 à 95 000 lits et places mais avec une diminution du nombre de lits de 10 % à 80 000 lits et une hausse du nombre de places de 43 % à 15 000 places. La progression de la chirurgie ambulatoire est encore concentrée sur quelques gestes marqueurs en forte progression. En 2012, les 12 premiers gestes représentaient plus des deux tiers de l'activité ambulatoire (68 %) et l'opération de la cataracte, plus d'un quart (27 %).

▌**La distribution intra-sectorielle de l'activité ambulatoire en chirurgie selon les types d'établissements laisse apparaître de fortes disparités.** Près d'un geste sur deux (49,1 % en 2012) est réalisé en ambulatoire dans le secteur privé non associatif (ex-objectif quantitatif national) contre moins d'un geste sur 3 (29,5 % en 2012) dans les autres établissements (ex-dotation

Tableau 1. **Évolution de la chirurgie ambulatoire de 2007 à 2013.**

Hospitalisation	2007		2013			
Chirurgie d'hospitalisation complète	3 349 364	68 %	[illegible]	58 %	-5 %	-0,6 %
Chirurgie d'hospitalisation ambulatoire	1 598 297	32 %	2 304 619	42 %	44 %	[illegible]
Total	4 947 663	100 %	5 502 849	100 %	11 %	2,6 %

Source : ATIH, [1].

Adresse e-mail : fredericbizard@free.fr (F. Bizard).

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2015.03.003

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Note

[1]Sur l'ensemble des dépenses courantes de santé (248 milliards d'euros en 2013, 12 % du PIB), les dépenses hospitalières représentent en France 37 % contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit l'équivalent de 20 milliards d'euros de dépenses supplémentaires.

globale) et seulement 23 % dans les centres hospitaliers universitaires. Cependant, ces dernières années ont été marquées par une accélération de la hausse de l'activité ambulatoire également dans le secteur public hospitalier, dont la part de marché de l'ambulatoire a atteint 30 % en 2012 pour une part de marché totale de 50 % en chirurgie [1].

La France présente un net retard en chirurgie ambulatoire. Cependant, les comparaisons internationales doivent être appréhendées avec prudence car la définition française de la chirurgie ambulatoire, et donc son périmètre d'activité, sont plus restrictives que la plupart des autres pays, notamment nordiques et anglo-saxons. Selon l'estimation de l'Association internationale de la chirurgie ambulatoire (IIAS), le taux de chirurgie ambulatoire en France était de 45 % en 2009 contre 60 % à 80 % dans les autres pays européens et les États-Unis [2]. Même en considérant les écarts de périmètres, la France présente bien un retard marqué par rapport aux autres pays, ce qui est une des causes de la surdépense hospitalière dans notre pays[1].

La justification première de cette pratique est liée à l'amélioration de la prise en charge pour les patients, en matière de confort et de sécurité. Les bénéfices sont multiples : récupération plus rapide après l'intervention, meilleur confort, moindre exposition aux infections nosocomiales, meilleure qualité de service de la part des soignants pendant la courte durée de séjour (plus de proximité, meilleure information), avec un coût moindre

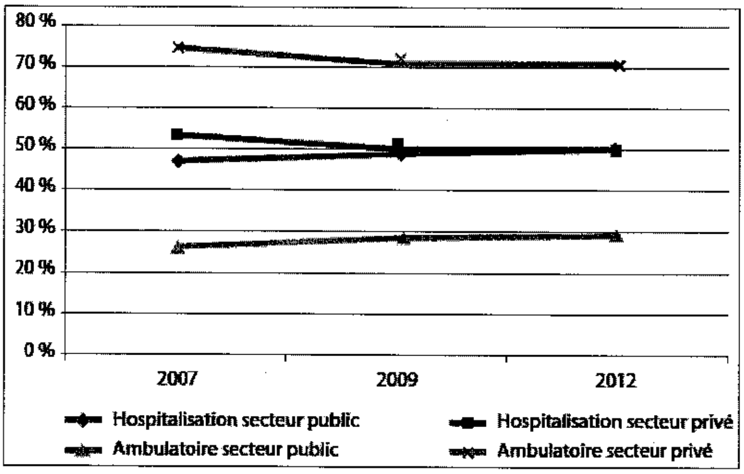


Figure 1. Évolution des parts de marché en chirurgie. Source : ATIH, [1].

Tableau 2. **Sources de dépenses nouvelles et d'économies de la chirurgie ambulatoire.**

Nouvelles dépenses	Économies
Suivi postopératoire	Réductions de lits
Soins à domicile	Personnel de nuit
Supports numériques de suivi du patient (à l'avenir)	Hôtellerie
Hôtellerie de proximité	Médicaments
Développement des unités ambulatoires (investissement de départ)	Réduction des infections nosocomiales
	Baisse des indemnités journalières (Récupération rapide)
	Baisse des dépenses de soins de suite et de réadaptation

Une pratique moins coûteuse, sous certaines conditions

Les coûts de la chirurgie ambulatoire, de plus courte durée, sont par essence plus faibles que ceux de la chirurgie conventionnelle. Cela se traduit inévitablement par une baisse, à terme, des tarifs de séjours et donc des dépenses d'Assurance maladie.

Le remplacement d'un séjour conventionnel par un séjour ambulatoire génère plusieurs types d'économies : réduction des charges d'hébergement, baisse des consommables et d'autres charges variables, etc. *(tableau 2).* En pratique, leur ampleur pour un établissement dépend de son organisation en ressources humaines et de sa configuration. Si l'activité ambulatoire ne génère pas une réorganisation, avec moins d'équipes de nuit, voire moins de personnels, les effets peuvent rester marginaux. Il en est de même pour les économies liées à la meilleure utilisation de l'espace. Sans restructuration des espaces, celles-ci resteront faibles.

Ces conditions indispensables de réorganisations humaines et architecturales – auxquelles peuvent être ajoutées les difficultés de chiffrer avec précision les actes supplémentaires, souvent hors de l'espace hospitalier, générés par la chirurgie ambulatoire –, ne sont pas remplies aujourd'hui, ce qui explique le grand flou sur les économies réelles qui sont à attendre à court terme. La maîtrise de ces dépenses est un élément déterminant pour faire du développement de la chirurgie ambulatoire un levier d'économies substantielles.

Les travaux de référence sur le potentiel d'économies en France ont été réalisés par Gilles Bontemps de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) [3]. Ils ont servi aux estimations

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

réalisées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de la Sécurité sociale en septembre 2013 [4]. Le potentiel a été estimé, à terme, à 5 milliards d'euros par an si on étend la pratique de l'ambulatoire à 80 % des actes chirurgicaux et 90 % des patients, soit une moyenne nationale de 72 % des séjours. L'étude estime qu'avec un tel objectif, serait observée une situation de surcapacité de plus de 50 000 lits dont la suppression générerait des économies de fonctionnement annuel de 5 milliards d'euros, soit 100 000 euros par lit.

Un fort potentiel d'extension de la chirurgie ambulatoire

L'hypothèse de l'Anap de 90 % des patients potentiellement ambulatoires est issue d'une étude de l'Assurance maladie de 2001 [5]. De plus, le chiffre de 80 % des actes repose sur une estimation selon laquelle 20% des actes de chirurgie sont constitués par des gestes lourds ou d'urgence, ne se prêtant pas à une pratique ambulatoire. Une analyse plus approfondie des séjours chirurgicaux permet d'affiner le potentiel ambulatoire à moyen terme.

En partant de la distribution des séjours en 2012 (*figure 2*), le pourcentage de séjours non transférables en ambulatoire est de 35 %. Il reste donc à prendre des hypothèses de migration du conventionnel vers l'ambulatoire sur la part des 65 % non réalisée dans ce dernier (soit un potentiel voisin de 1,5 million de séjours en 2012, *tableau 3*).

Des hypothèses réalistes à moyen terme (5 ans maximum) permettent d'envisager un taux de transfert en ambulatoire de 71 % des séjours actuels pratiqués en hospitalisation conventionnelle, soit légèrement plus d'un million de séjours. En se fondant sur une croissance de l'activité chirurgicale comparable aux trois années précédentes, en 2018, il est possible de prévoir un taux de chirurgie ambulatoire global de 63 % en 2018 (70 % dans le secteur privé et 53 % dans le public). En fonction de ces taux, le nombre de lits chirurgicaux en excédent serait compris entre 30 000 et 40 000, soit autour de 40 % de la capacité en lits totale existante dans le système hospitalier français. La recherche d'économies passe donc par la suppression au cours du temps de ces surcapacités.

Un plan à 5 ans visant à supprimer 6 000 à 8 000 lits par an en chirurgie serait nécessaire pour générer les économies liées à la chirurgie ambulatoire. Les réductions de coûts générées par la fermeture des lits ne peuvent être basées sur une hypothèse prévoyant 100 % de suppression de ces coûts car elle supposerait de repartir sur une base virtuelle de budget 0. De plus, certaines dépenses nouvelles doivent être intégrées pour assurer avec efficacité une telle hausse de l'ambulatoire. La meilleure garantie de maintenir un rythme élevé de développement est de mettre en place des incitations financières sur objectifs pour les professionnels de santé, dans les secteurs privé et public (ce qui est statutairement possible, contrairement aux idées reçues). Ainsi, les économies engendrées par un développement de l'ambulatoire à 5 ans afin d'atteindre 63 % de taux d'ambulatoire (soit 4 points de hausse par an) sont de l'ordre de 500 millions d'euros par an, pour un total de 2,5 milliards d'euros sur 5 ans.

Les premiers bénéficiaires des réductions de coûts sont les organismes complémentaires de santé (mutuelles, assureurs, instituts de prévoyance). Ils bénéficient chaque année de la baisse de la durée moyenne de séjour et de l'expansion de la chirurgie ambulatoire. La première source d'économies est la baisse des dépenses en chambres

0 nuit 2 231 872 séjours soit 40 %	[illegible]				
		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Chirurgie lourde	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Chirurgie intermédiaire	185 260 3,30 %	22 825 0,40 %	[illegible]	[illegible]
	Chirurgie courante	1 092 406 19,50 %	127 665 2,30 %	[illegible]	[illegible]

© DR

Figure 2. Répartition des séjours de chirurgie en 2012 (tous établissements)

CMA : complication ou morbidité associée ; e/s : entrées/sorties.
Source : Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) lors des statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) de 2012.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Tableau 3. **Répartition des séjours transférables en ambulatoire selon la durée (hors urgences)**

Durée en 2012	1 : Chirurgie courante sans CMA	2 : Chirurgie intermédiaire sans CMA	3 : Chirurgie courante et CMA niveau 2	4 : Chirurgie intermédiaire et CMA niveau 2	Total
1 nuit	[illegible]	[illegible]	20 135	2 101	472 460
2 nuits	388 201	39 818	29 710	3 707	461 436
3 nuits	[illegible] 072	41 211	29 560	4 426	244 2[illegible]
4 nuits	67 736	25 192	16 801	3 262	112 9[illegible]
5 nuits et +	53 407	[illegible]	31 452	9 429	117 [illegible]
Total	1 092 406	185 260	127 665	22 826	[illegible]

CMA : complication ou morbidité associée. Source : calculs réalisés à partir des données ATIH-SAE, 2012.

particulières mais aussi grâce à des dispositions contractuelles qui diminuent les remboursements en ambulatoire. Il est nécessaire de redistribuer ces économies au bénéfice de la prise en charge d'autres soins et d'ajuster les contrats à l'ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire, aiguillon de la transformation hospitalière

▌ Les évolutions intervenues dans l'environnement médical, ces trente dernières années, ont fait exploser les modèles hospitaliers traditionnels. Plus que tout autre secteur, l'hôpital est amené à vivre une véritable refondation qu'il faut engager le plus tôt possible. Les prochaines années seront marquées par une forte réduction des surfaces hospitalières et une réingénierie du processus de production de soins et des systèmes d'information. L'hôpital ne doit plus être pensé selon une logique immobilière mais selon une logique de services intra-muros et extra-muros. Ce n'est malheureusement pas le cas du fait de l'absence de volonté politique d'engager ce plan.

▌ La France devrait lancer urgemment un chantier de réflexion sur les modèles d'organisation de notre système hospitalier, en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Une typologie de quatre modèles d'organisation pour la chirurgie ambulatoire a été dressée par l'Observatoire européen des politiques et des systèmes de santé [6]. Le choix entre les unités indépendantes ou non de l'hôpital n'est pas tranché. Il existe des arguments pour et contre dans chacun des modèles. Les unités indépendantes de l'hôpital occasionnent moins de risque de transmission d'infections nosocomiales, permettent une rotation plus rapide des patients et assurent globalement une plus grande satisfaction de ceux-ci, notamment parce qu'il s'agit de structures proches de leur domicile, à la différence de l'hôpital. En revanche, elles augmentent les coûts pour le financeur car elles nécessitent de développer des structures autonomes de stérilisation, des espaces de stockage, du personnel propre en anesthésie et réanimation. Par ailleurs, l'accès à l'hôpital y est plus difficile en cas de complication.

Les points à retenir

- **Le développement de la chirurgie ambulatoire devrait servir d'aiguillon** pour repenser les modèles hospitaliers.
- **La hausse de 4 points chaque année de la chirurgie ambulatoire** peut faire économiser 500 millions d'euros par an, sous certaines conditions.
- **Le retard de la France en matière de chirurgie ambulatoire est l'une des causes des dépenses hospitalières** nettement supérieures à celles des autres pays.

Conclusion

La France présente un retard certain sur les autres pays en matière de chirurgie ambulatoire, mais celui-ci peut se combler à l'horizon de 5 ans. Les conditions nécessaires à un développement gagnant-gagnant pour tous (patients, professionnels de santé, collectivité) ne sont pas encore réunies. Outre une volonté politique réelle et non de façade, il reste à lancer une vaste restruturation hospitalière à grande échelle pour permettre un essor large de la chirurgie ambulatoire (y compris dans le secteur public), et la réalisation des économies attendues. Outre la révolution des structures, ces changements passent probablement aussi par une évolution de la culture hospitalière. ■

Références

[1] Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 2014. http://www.atih.sante.fr/gestion-du-risque-chirurgie-ambulatoire
[2] International association for ambulatory surgery (IAAS). Day surgery activities 2009, 2011. http://www.iaas-med.com/
[3] Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), Bontemps G. Chirurgie ambulatoire : état des lieux, enjeux et perspectives, 2011. http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/actualites/3.GBO_rencontres_270111_enjeux.pdf
[4] Cour des comptes. Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 17 septembre 2013. www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale
[5] Programme national inter-régimes de l'Assurance maladie. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire, freins et leviers. 2001. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ebs_25_pnir_chir_ambu_2003.pdf
[6] Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, Mckee M. Day Surgery: making it happen. Brussels: WHO; 2007.

Pour en savoir plus

- Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, rapport. 2014. http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/2014/2014-M-034-02_chirurgie_ambulatoire.pdf

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

réflexion

Le virage ambulatoire : vers un hôpital sans lit ?

Céline Bernot[a]
Cadre de santé

Aymeric Lapp[b]
Cadre de santé

Jessica Martzel[c,*]
Cadre de santé

Estelle Roczniak[d]
Cadre de santé

[a]Imagerie Guilloz, Hôpital Central, CHRU Nancy, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

[b]Unité hospitalière spécialement aménagée, Centre psychothérapique de Nancy, 1, rue Docteur-Archambault, 54520 Laxou, France

[c]Réanimation polyvalente et soins continus, CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château, 57000 Metz, France

[d]Réanimation chirurgicale polyvalente et soins continus chirurgicaux, Hôpital Central, CHRU Nancy, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : j.martzel@chr-metz-thionville.fr (J. Martzel).

À l'instar de nombreuses entreprises, le monde hospitalier n'échappe pas aux contraintes notamment financières. Hospices hier, les établissements de santé traversent actuellement de profonds changements organisationnels. Au-delà, le système de santé tout entier est en train de muter. Dans ce contexte, quels seront les modifications et les enjeux de demain et quelles seront les répercussions pour les patients et les professionnels ?

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – ambulatoire ; évolution ; hôpital ; parcours de santé ; soin

The move towards ambulatory care: towards a bedless hospital? Like many companies, the hospital sector is also faced with constraints, in particular financial constraints. Hospices in the past, healthcare facilities are currently undergoing radical organisational changes. Beyond the hospital walls, the whole healthcare system is in the process of mutating. In this context, what will tomorrow's changes and challenges resemble and what repercussions will there be for patients and professionals?

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – ambulatory care; care; evolution; healthcare pathway; hospital

La pratique ambulatoire, en rupture avec les pratiques conventionnelles, est une alternative à l'hospitalisation complète permettant le retour à domicile du patient le jour même. Il s'agit d'un concept organisationnel centré sur le patient développé en chirurgie puis élargi aux services de médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la psychiatrie. D'une durée inférieure ou égale à douze heures, l'ambulatoire ne comprend pas d'hébergement de nuit. Les critères d'éligibilité à ce mode de prise en charge sont définis selon une liste de gestes marqueurs, l'état de santé du patient et les conditions de vie et sociales de celui-ci. Il s'agit d'un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques. Ainsi, les soins ou interventions réalisables en "ambulatoire" correspondent aux actes médicaux ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, et permettant de rentrer chez soi le jour même. Les actes effectués restent identiques à ceux réalisés dans le contexte d'une hospitalisation complète : les interventions en ambulatoire répondent aux exigences strictes de sécurité et de surveillance médicale. Ce virage, au-delà des établissements de santé, impacte les réseaux de professionnels libéraux, impliquant le transfert des patients vers la ville. De la recomposition du paysage sanitaire émerge la notion de parcours de soins entre ville et hôpital. Le décloisonnement des soins est amorcé.

Contexte et enjeux financiers

Dans un monde en perpétuelle mutation, contraint financièrement, le système de santé n'échappe pas à la nécessité de repenser son organisation. Fonder l'hôpital de demain est un enjeu prioritaire. *« Plus que l'hôpital de demain, c'est le système de demain »* qui doit évoluer, précise Sylvie Gamel [1], médecin à l'agence régionale de santé (ARS) Grand-Est.

Ce changement arrive dans un contexte économique très fragile en matière de santé, impulsé par l'évolution de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Pérenniser ce système de santé demande de tendre vers une meilleure efficience. Face au déficit de la Sécurité sociale s'élevant à 4,4 milliards d'euros en 2017, à l'augmentation des patients atteints de maladies chroniques, aux progrès issus de la recherche médicale, le développement de l'ambulatoire permet d'atteindre un double objectif : dégager des marges de manœuvres

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.10.007

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

financières tout en améliorant la qualité des soins. En effet, les séjours ambulatoires coûtent 7 à 51 % moins cher qu'une prise en charge en hospitalisation traditionnelle selon les actes [2].

De nombreuses études montrent les bénéfices de l'ambulatoire, avec des taux de satisfaction élevés du patient, des familles, ainsi que des professionnels de santé [3]. Ce mode de prise en charge permet la diminution de la durée moyenne de séjour, celle du risque d'infection nosocomiale et la réduction des coûts d'hospitalisation pour les établissements de santé.

Une priorité nationale

La loi de modernisation de notre système de santé [4], promulguée en janvier 2016, pose le développement de la chirurgie ambulatoire comme l'un des axes prioritaires, et engage les établissements dans le "virage ambulatoire". Elle représente une stratégie majeure dans la gestion du risque portée par l'Assurance maladie, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les ARS. L'objectif annoncé pour 2020 est d'atteindre un taux de 60 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire, sachant que ce chiffre était de 45 % en 2011.

En France, elle représente 30 à 45 % des hospitalisations en chirurgie, chiffre en constante évolution mais en retard par rapport aux autres pays de niveau économique comparable. En effet, aux Pays-Bas, en Belgique, en Grande-Bretagne, ou encore aux États-Unis, 80 à 90 % des interventions sont réalisées en chirurgie ambulatoire.

Ce virage ambulatoire ne concerne pas uniquement les établissements de santé puisqu'il implique le transfert des prises en charge des patients vers la ville, touchant également les réseaux de professionnels libéraux : programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado), hospitalisation à domicile (HAD). Dans ce contexte de recomposition du paysage sanitaire émerge donc la notion de parcours de soins entre la ville et l'hôpital ou le décloisonnement des soins.

Stratégies et enjeux institutionnels

Ces évolutions requièrent des organisations optimisées. Le virage ambulatoire consiste, à la fois, en l'accélération de la chirurgie ambulatoire, le développement de la HAD, la réduction de la durée moyenne de séjour, le développement des actes extra-muros, dans les champs de la médecine, des SSR et de la psychiatrie.

Les progrès techniques, l'impact du numérique, les nouvelles thérapeutiques, sont autant d'évolutions qui concourent à façonner l'hôpital de demain. Les établissements de santé devront viser une organisation avec un nombre optimal de lits pour se concentrer autour de plateaux techniques de hautes pratiques. Dans ce cadre, les services supports seront allégés et une réorganisation architecturale devra être amorcée. Aujourd'hui déjà, les services ambulatoires, vitrines de l'hôpital, font l'objet de l'attention des directions dans les reconfigurations hospitalières. À l'intérieur de ces structures, les circuits patients sont repensés sous la forme d'une "marche en avant", de l'arrivée jusqu'à la sortie. Ces stratégies inscrivent le développement de l'ambulatoire dans la durée et visent une meilleure articulation avec la médecine de ville en préparant mieux et plus tôt le retour à domicile.

Afin de venir en aide aux établissements de santé dans cette mise en œuvre, la Haute Autorité de santé (HAS) a défini une liste de 55 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire en accord avec les associations de professionnels [5].

Des programmes, tels que Prado, gérés par les ARS, assurent un lien ville/hôpital et visent à favoriser la sortie rapide des patients hospitalisés en organisant au mieux le retour à domicile.

La médecine a, elle aussi, innové en créant des chemins cliniques permettant la mise en œuvre d'une médecine ambulatoire. Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy (54) a été l'un des précurseurs dans ce domaine et cette innovation est recommandée au niveau national par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (Anap) [6]. Il a par ailleurs remporté avec les hôpitaux privés de Metz (HPM, 57) le challenge de l'innovation en médecine ambulatoire, en 2015, en Lorraine définissant 100 chemins cliniques. Le projet portait sur l'harmonisation des pratiques organisationnelles appuyant l'idée de la nécessité d'un portage institutionnel fort afin de conduire le virage ambulatoire. Ce type de projets demande du temps et engage des changements dans les pratiques professionnelles.

Enjeux et impacts pour le patient

L'adaptation des temps d'hospitalisation favorise le maintien du patient dans son

Note

[1] Le baluchonnage est un accompagnement personnalisé à domicile. D'origine québécoise, il s'agit d'un système où le baluchonneur apporte son baluchon et s'installe chez la personne âgée pour permettre un répit à l'aidant.

Références

[1] Gamel S. Il fallait oser. Colloque "Vers un hôpital sans lit ?". IFCS de Nancy; 4 avril 2017.
[2] Marx P. Hôpital, que deviens-tu ? Colloque "Vers un hôpital sans lit ?". IFCS de Nancy; 4 avril 2017.
[3] Haute Autorité de santé (HAS). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
[4] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14
[5] Chirurgie ambulatoire et PMSI. Septembre 2015. http://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/chirurgie_ambulatoire_pmsi_oct2015.pdf
[6] Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (Anap). Informatiser le chemin clinique : un gage de performance pour les établissements de santé. http://numerique.anap.fr/publication/1489-informatiser-le-chemin-clinique-un-gage-de-performance-pour-les-etablissements-de-sante/2116-Introduction
[7] Colinard G, Vega A, Combessie P. La coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du cancer : les trois volets de l'étude. 2017. https://annevega.wordpress.com/current-projects/corsac/

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

environnement social, professionnel et familier, minorant son exposition aux infections nosocomiales et les risques divers liés à l'alitement prolongé. Ces évolutions apportent un confort et visent l'augmentation de la satisfaction de l'usager en diminuant les temps d'attente grâce à la synchronisation des acteurs, en lui assurant des soins de haute technicité, mini-invasifs et donc moins douloureux. Cependant, ce temps réduit passé à l'hôpital nécessite une vigilance des professionnels.

Une étude en deux cohortes s'est attachée à recueillir le point de vue des patients sur leur prise en charge en cancérologie en ambulatoire. Elle évoque le manque d'intelligibilité du langage médical, l'absence de moyens pour faire entendre la voix du patient, les prises en charge segmentées, des soins de support négligés, un manque d'information sur le parcours ou encore l'insatisfaction du temps accordé aux relations interpersonnelles [7].

Conduire ce virage ambulatoire implique aussi de s'ouvrir aux patients porteurs de propositions. L'ambulatoire peut également être discriminant, renforçant les inégalités sociales, le temps de compréhension de ce système de soins complexe étant réduit. Le virage ambulatoire peut alors se transformer en réel parcours du combattant pour les primo-arrivants [8]. Une réflexion éthique doit donc être menée en parallèle de ce type de projet purement organisationnel, afin de garantir au patient une sécurisation optimale lors de sa prise en charge et de son retour à domicile. Dans ce sens, une attention particulière est accordée au balisage du parcours et à la sécurisation de la prise en charge à différents moments de celle-ci. L'ambulatoire ne doit pas être seulement un moyen de gérer des flux ou encore de diminuer des durées moyennes de séjour. Cette organisation doit être un support afin d'adapter la prise en charge aux besoins de santé, financiers, sociaux et psychologiques de chaque patient. Si l'ambulatoire devient une norme, le patient, lui, ne peut être normé.

Enjeux et impacts pour le professionnel

Des résistances émergent naturellement comme dans tout changement, telles que la peur de l'inconnu, la construction de représentations, les incertitudes ou le sentiment des soignants de remise en cause de leurs compétences. Ici, la notion d'identité professionnelle est en jeu. Effectivement, ce concept définit le sentiment d'appartenir à un groupe ayant des représentations communes. Ce sentiment d'identification est reconnu et exacerbé dans les professions de la santé en lien avec des valeurs fortes [9,10]. Lorsque l'identité organisationnelle évolue, ce qui est le cas avec le virage ambulatoire, il se crée alors un décalage entre celle-ci et l'identité professionnelle des individus.

Le manager de proximité, acteur averti de ces nouveaux parcours de santé, devient alors un accompagnant indispensable à la construction du sens de cette révolution et à l'évolution identitaire des professionnels. Comme dans tout changement de culture et de pratique, le virage ambulatoire doit être accompagné de la formation des professionnels de santé. À ce titre, il a été inscrit parmi les 17 axes prioritaires de développement des compétences des personnels de santé pour 2016, dans l'instruction ministérielle de juillet 2015 [11]. Cette formation est également justifiée par l'émergence de nouveaux métiers de régulation qui viendra alimenter le répertoire des métiers hospitaliers [12].

Un des enjeux majeurs réside en la coordination des acteurs multidisciplinaires évoluant alors dans des unités de lieux et de temps différentes. La priorité reste cependant de répondre à la demande du patient qui peut se sentir décontenancé, voire perdu, devant ces nouvelles pratiques. Les infirmiers régulateurs ou les référents de parcours occupent ce rôle stratégique de liaison entre la structure hospitalière et le patient, garant d'une communication transparente, du relais de l'information et de la sécurisation de la prise en charge.

Conclusion

L'ambulatoire devient la norme. L'hospitalocentrisme d'hier laisse la place à un parcours de santé centré sur le patient, reléguant l'hôpital à un plateau de haute technicité. Il reste néanmoins garant de la continuité de ce parcours, responsabilité demain partagée avec les professionnels libéraux. L'État et les institutions déclinent des programmes d'accompagnement à cette mutation et mènent, *via* des appels à projets, des expérimentations (le baluchonnage[1], l'hôtellisation) imaginées par les professionnels eux-mêmes. Pour assurer la réussite de ce virage, le patient et ses attentes doivent rester au cœur de nos priorités. ■

Références

[8] Vega A. Et moi soigné, je deviens quoi ? Colloque "Vers un hôpital sans lit ?". IFCS de Nancy; 4 avril 2017.
[9] Thévenet M. Impliquer les personnes dans l'entreprise. Paris: Éditions Liaisons; 1992.
[10] Paillé P. Facteurs de l'engagement dans l'emploi à l'issue d'un changement organisationnel. Trav Hum. 2000;63(2):153-69.
[11] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2015-247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0054.pdf
[12] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des personnes. Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. Fonction publique hospitalière. Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé. http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-metiers-de-la.html

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

innovation

Accompagner le développement de **la chirurgie ambulatoire**

Ronan Dubois
Directeur général

Groupe Confluent
2-4 rue Éric Tabarly,
44200 Rezé, France

L'Hôpital privé du Confluent de Nantes a ouvert un espace dédié à la chirurgie ambulatoire. Architecture, organisation, équipements et services : tout a été pensé pour prendre en charge au mieux en un temps court les patients accueillis dans cette filière de soins.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - **chirurgie ambulatoire ; dossier médical ; ergonomie ; informatisation ; organisation**

Innovating to support the development of outpatient surgery. Le Confluent private hospital in Nantes has opened a unit devoted to outpatient surgery. Its architecture, organisation, facilities and services have all been designed to treat patients in as short a timeframe as possible.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - computerisation; ergonomics; medical records; organisation; outpatient surgery

Une opération sur deux est aujourd'hui réalisée en mode ambulatoire[1] et le développement de ce mode de prise en charge est une priorité pour les pouvoirs publics, qui visent une part de 66,2 % des interventions en 2020 [1]. Levier essentiel de l'amélioration de l'offre de soins, il répond en outre aux défis de santé publique que posent le vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies longues.

Pour accompagner cette mutation, les établissements de santé doivent repenser l'organisation de leurs services. C'est ainsi que l'Hôpital privé du Confluent de Nantes a ouvert, le 8 novembre 2016, un nouveau service de chirurgie ambulatoire dédié aux hospitalisations inférieures à 4 heures.

Première en France, cet espace est un concentré d'innovation : architecture, organisation, équipements, services, tout a été pensé pour gérer des flux importants en privilégiant le bien-être des patients et des soignants.

L'origine du projet

✦ Les Français semblent apprécier le mode ambulatoire, comme le souligne une enquête réalisée en novembre 2016 [2]. Celle-ci révèle en effet que 68 % des Français préfèrent ne pas rester à l'hôpital après une intervention chirurgicale.

✦ D'où la réflexion menée par les équipes de l'Hôpital du Confluent pour concevoir une architecture hospitalière permettant de conjuguer gestion optimale des flux de patients (280 interventions/jour dont 120 en ambulatoire), qualité et sécurité des soins, bien-être des patients et ergonomie de travail pour les équipes de soins.

✦ La conception du nouveau service de chirurgie ambulatoire a, dans cet objectif, associé des architectes mais aussi des soignants, médecins et administratifs durant 2 ans.

Un concept innovant

✦ L'unité de 900 m² peut accueillir jusqu'à 50 patients simultanément pour le traitement de pathologies relevant des domaines de l'ophtalmologie, de l'ORL, de la chirurgie de la main et de la stomatologie et, bientôt, de la chirurgie générale, digestive, orthopédique ou vasculaire. De l'accueil à la salle de collation, tout a été pensé pour privilégier le confort du patient.

✦ L'architecte Bruno Saint-Dizier explique : « *Notre objectif était de créer un environnement protecteur et sécurisant (...) afin de faire tomber le stress.* » Les éléments froids et anxiogènes – souvent associés à l'univers hospitalier – ont été remplacés par d'autres matières plus douces : bois, cuir reconstitué, revêtements de sol textiles, teintes douces, lumières indirectes, formes végétales... Cet environnement feutré et chaleureux est évidemment adossé à un plateau technique de haute technologie.

✦ L'élément clé de ce concept est la disparition de la chambre qui laisse place à une sorte de cocon surmonté d'un plafond lumineux. Cet espace dédié aux soins pré- et post-opératoires

Adresse e-mail :
ronan.dubois@groupeconfluent.fr
(R. Dubois).

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2017.06.007

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

apporte de l'intimité au milieu d'un espace ouvert.

✦ **Le service s'organise sur la base de quatre îlots constitués de six cocons.** Cet agencement favorise la fluidité des déplacements des professionnels de santé.

Les bénéfices

Le concept de chirurgie ambulatoire présente des avantages certains.

✦ **Côté patients :** temps de récupération rapides, meilleure prise en charge de la douleur grâce à la proximité des soignants, réduction mécanique de l'exposition aux risques d'infections associées aux soins et des risques vasculaires, temps d'absence du domicile réduit.

✦ **Côté soignants :** meilleure planification et organisation du travail, d'où des prises en charge plus satisfaisantes.

✦ **Pour offrir un parcours patient maîtrisé tout en simplifiant le travail des soignants,** l'établissement s'est doté d'un système d'information performant. Les données patients sont ainsi centralisées dans un dossier médical partagé, actualisées en temps réel, et leur transmission est facilitée par un système SSO[2]. Celui-ci permet de se connecter d'un simple passage de badge, offrant un précieux gain de temps et sécurisant le travail des soignants.

✦ **Le transfert des patients est centralisé,** et le service bénéficie d'une régulation dédiée, gage de fluidité.

Une nouvelle expérience de l'hôpital

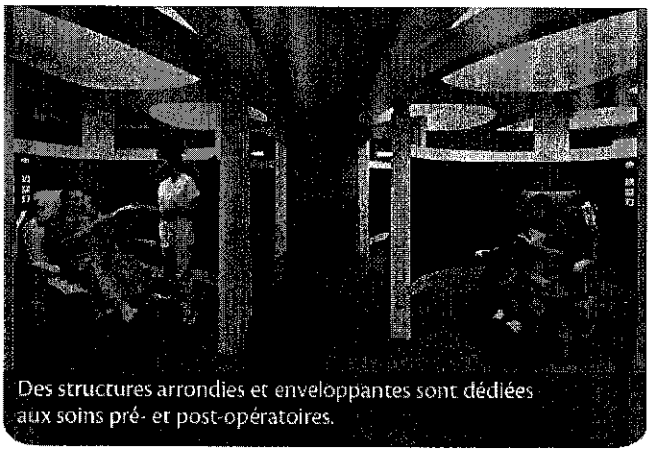
✦ **Stéphanie Blino,** cadre de santé responsable de l'unité de soins ambulatoires et de l'hôpital de jour de chimiothérapie, impliquée dans la conception de ce service, revient sur les premiers mois d'activité : « *Nous bénéficions d'une nouvelle organisation et de nouveaux outils qui apportent plus de fluidité et un environnement de travail agréable, nous permettant d'être plus disponibles et à l'écoute pour les patients. Tout est informatisé. Un outil de supervision permet de visualiser en temps réel la position de l'ensemble des patients. De plus, le matériel biomédical connecté est ergonomique. L'équipe soignante apprécie ces innovations qui font gagner du temps, simplifient et sécurisent le travail. L'organisation génère moins de stress.* »

✦ **Du côté des patients,** les premiers retours s'avèrent également positifs : « *Nous avons encore peu de recul mais, de façon générale, les patients trouvent cet environnement rassurant ; l'architecture, les lumières, la proximité avec le bloc opératoire... ils se sentent bien accompagnés durant toute leur prise en charge, de l'accueil aux soins et à la salle de collation, ce qui contribue à les apaiser.* »

✦ **Enfin, les services numériques proposés aux patients** rencontrent un certain succès : l'application mobile DirectoDoc permet au patient d'entrer en contact avec son médecin et d'être rappelé après sa sortie ; Happy'Ambu offre aux accompagnants la possibilité de suivre en temps réel l'évolution du patient lors des différentes étapes de sa prise en charge. Une offre de services de confort à la carte (conciergerie, gouvernance) complète le dispositif global proposé aux patients tandis qu'un projet d'hôtellerie est en cours pour les patients souhaitant rester à proximité de l'hôpital avant de regagner leur domicile.

Un modèle pour l'hôpital de demain ?

Après l'unité de chirurgie ambulatoire, les services de cardiologie et de soins de chimiothérapie seront refondus sur ce même modèle. Au travers de cette nouvelle dynamique, l'établissement prend part à l'évolution de notre système de santé qui, tiré par le progrès technique et la révolution digitale, tend à définir un nouveau modèle fondé sur la prévention, la continuité des soins et la coordination entre les différents acteurs de la santé, ou encore l'information et l'autonomie des patients. ●



© Guillaume Satre

Des structures arrondies et enveloppantes sont dédiées aux soins pré- et post-opératoires.

Notes

[1] Selon les données publiées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 51,9 % des interventions chirurgicales ont été réalisées en mode ambulatoire en 2015.
[2] SSO : *Single Sign-On* (authentification unique).

Références

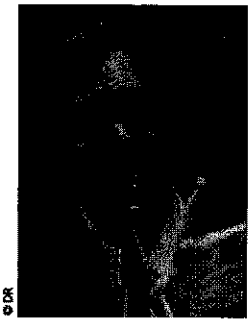
[1] Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste_20150011_0000_0062.pdf
[2] www.groupeconfluent.fr/fr/accueil/actualites/actualite/588a08bbe412d3a73a7f192a/les-francais-et-l'hopital-du-futur--sondage-opinionway-pour-le-groupe-confluent

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

SOINS Gérontologie

éditorial



© DR

Virage ambulatoire et pensée "sloganesque"

Cyril Hazif-Thomas
Psychiatre, gériatre, président du comité Éthique

Psychiatrie du sujet âgé, CHRU de Brest, EA 7479, Soins primaires, Santé publique et Registre du cancer de Bretagne Occidentale (SPURBO), 22 rue Camille-Desmoulins, 29200 Brest, France

Adresse e-mail : cyril.hazifthomas@chu-brest.fr (C. Hazif-Thomas).

Les prestations ambulatoires des hôpitaux sont actuellement la plus remarquée des solutions censées organiser l'avenir de notre système de santé. C'est un impératif constant de la nouvelle gouvernance et souvent le morceau de choix du programme de nos directeurs d'hôpitaux. Le virage ambulatoire relève d'une dynamique de rapprochement de l'hôpital général et de l'offre libérale de soins [1], comme d'un désir de prendre un autre virage d'égale importance : celui du numérique ; l'on parle alors d'e-santé ou de télémédecine… Mais a-t-on seulement pensé à l'usager pris dans cette urgence "sloganesque" : « *Hors de l'ambulatoire, point de salut* » ? N'y aurait-il pas urgence à se poser, à réfléchir, à mieux comprendre où va mener ce virage ? [2] Mais pour qui est-ce le plus difficile ? Pour les médecins et chirurgiens transformés en techniciens dressés à débiter des actes propres à nourrir la fameuse T2A ou pour les "consommateurs" de soins ambulatoires ? Que fait-on pour permettre à l'usager de faire l'effort de co-construction de son parcours de soins, afin qu'il contracte une part de responsabilité [3] pour rendre justice au respect de son autonomie mais aussi à sa place dans la société ? Qu'est-il mis à disposition du médecin traitant pour veiller à la cohérence dudit parcours, qui ne peut se passer d'une réflexion sur la confiance dans et au cours du parcours ? Le couple médecin-patient doit donc se doter d'un réseau d'acteurs disponibles et joignables, le médecin se positionnant en chef d'orchestre orientant son patient parmi l'offre grandissante de ressources propres à protéger sa santé physique ou mentale. Pour répondre à la carence du nombre de généralistes dans certaines régions, rappelons que de nombreux pays ont opté pour l'organisation de relais de soins ambulatoires par des infirmiers spécialisés, ce qui en France reste un serpent de mer. Bien négocier ce virage permettra d'éviter que les patients ayant eu un parcours chaotique aient le sentiment d'avoir été livrés à eux-mêmes et de s'engouffrer dans l'accroissement des inégalités sociales de santé.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Bizard F. Politique de santé : réussir le changement. Paris: Éditions Dunod; 2015.
[2] Cajetan Gauthier MC, Laberge PY. Le grand virage… Tout un défi ! SOGC. 1996;5(18):407-9.
[3] Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. Éthique et santé. 2009;6:3-10.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.sger.2018.02.004

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Quel parcours de soins pour un patient **détenu en chirurgie ambulatoire ?**

Sylvie Brulé
Cadre de santé, UCSA
Amandine Jacob[a]
Cadre de santé
Pascale Lagarde*[,b]
Cadre de santé
Maguy Michel[c]
Cadre de santé
Françoise Clergue[d]
Cadre supérieur de santé
Fabienne Weiss[e]
Cadre supérieur de santé, UCSA

[a]Court séjour chirurgical,
[b]Chirurgie ambulatoire,
[c]Consultations de chirurgie,
[d]Pôle de chirurgie,
[e]Pôle de médecine,
CH de Versailles,
177, rue de Versailles,
78150 Le Chesnay, France

Le détenu est un patient particulier. En effet, son statut requiert une organisation spécifique. Le centre hospitalier de Versailles (78) est le centre de référence pour la maison d'arrêt des Yvelines et la maison d'arrêt des femmes. La majorité des interventions pour les patients détenus est effectuée en ambulatoire.
© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
***Mots clés* - chirurgie ambulatoire ; détention ; dignité ; qualité des soins ; sécurité**

What is the care path for a patient in ambulatory surgery?. The inmate is a special patient. Indeed, his status requires a specific organization. The Versailles hospital centre (78) is the reference centre for the Yvelines prison and the women's prison. The majority of interventions for detained patients are performed on an outpatient basis.
© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved
***Keywords* - outpatient surgery ; imprisonment; dignity; quality of care; safety**

La personne privée de liberté est placée sous le contrôle de l'administration pénitentiaire (AP). Les conditions d'accès aux soins sont organisées en fonction des garanties nécessaires de sécurité, cependant les droits de la personne incarcérée doivent être respectés. Sont présents ici, de façon concrète, la coordination et l'organisation nécessaires à cette prise en charge spécifique, en particulier la coopération interstructures pénitentiaire/santé mise en œuvre pour respecter le droit d'accès aux soins de qualité[1] dans un contexte de chirurgie ambulatoire pour une personne privée de liberté.

L'accueil d'un détenu

Sauf urgence, le judiciaire prime sur le sanitaire. Ainsi, le transport des détenus entre la prison et l'établissement hospitalier dépend de la disponibilité et d'horaires de l'AP (escorte) et de la disponibilité des détenus (parloir avec la famille, l'avocat, promenades, refus).

Une organisation spécifique est nécessaire lors de la consultation et de l'hospitalisation :

- pour une consultation, l'attente du détenu est minimale et s'effectue si possible à l'écart des autres consultants ;
- pour le service d'hospitalisation, le cadre de santé favorise une chambre à l'extrémité du service.

✦ **Il ne peut y avoir qu'un seul détenu par service.** Pour des raisons de sécurité, la chambre est préparée selon un protocole spécifique (ni téléphone, ni objet contendant ou dangereux à proximité). Les soignants font attention aux ciseaux et pinces présents dans les poches des tenues professionnelles. De plus, le patient n'a le droit de communiquer qu'avec le personnel soignant et de surveillance. Ainsi aucun appel téléphonique ou visite n'est possible.

Prise en charge du patient détenu en chirurgie ambulatoire

Le parcours de soins du détenu débute, à la demande du médecin de l'unité de consultation et de soins

Périmètre de sécurité

Selon la dangerosité du détenu, il existe différents types d'escorte et de périmètre de sécurité pouvant aller jusqu'au déploiement des forces spéciales de police. Les personnels pénitentiaires étant responsables de la garde des personnes détenues, une circulaire de l'administration pénitentiaire [1] les autorise, selon les risques potentiels d'évasion et de dangerosité, à être ou non présents durant les soins ou la consultation, à maintenir ou non la personne menottée. L'appréciation revient au chef d'escorte, l'important est de trouver un compromis acceptable entre soigné, soignant et pénitentiaire.

Notes

[1] Ce principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, dans son article 46, qui dispose que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

[2] L'UCSA est une unité située dans un établissement pénitentiaire ; elle est également appelée "unité sanitaire" depuis la publication de la circulaire interministérielle 2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

[3] La garde statique correspond à la surveillance du détenu durant son séjour hospitalier.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : plagarde@ch-versailles.fr (P. Lagarde).

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2018.10.006

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

ambulatoires (UCSA[2]), par une consultation avec un chirurgien. Par mesure de sécurité, le patient n'est pas enregistré sous son identité dans le logiciel des rendez-vous. La décision opératoire est prise en accord avec lui mais, aucune date ne lui est communiquée.

✦ **Suite au rendez-vous avec le chirurgien,** la secrétaire de l'UCSA contacte le secrétariat de la consultation afin de définir les dates du bilan d'anesthésie et d'intervention. Le détenu se rend alors une deuxième fois sur le centre hospitalier pour son rendez-vous avec l'anesthésiste.

✦ **Trois jours avant l'intervention,** la secrétaire de l'UCSA contacte le service de chirurgie ambulatoire afin de connaître l'heure d'entrée du détenu. Celle-ci communique ensuite tous les éléments à l'AP qui a la charge d'organiser l'extraction du détenu et la garde statique[3]– avec la police. Parallèlement, au sein de la prison, le détenu est convoqué par l'infirmière de l'UCSA pour les explications de jeûne : soit la veille pour une intervention le lendemain matin, soit, à défaut, le matin à 8 heures le jour de l'intervention. Afin de permettre la continuité des soins, l'infirmière de l'UCSA rédige une fiche de liaison paramédicale pour le service ambulatoire. Le document est remis le jour J à l'escorte sous pli cacheté.

Modalités d'accueil en hospitalisation

✦ **Le jour de l'opération** le patient détenu arrive dans le service selon un circuit défini dans une procédure commune pénitentiaire/hôpital. Il est accompagné de deux surveillants pénitentiaires, menotté et/ou entravé selon la réglementation, sans avoir pris de douche préopératoire. Le patient détenu est enregistré informatiquement sous sa véritable identité. Puis installé en chambre individuelle après l'inspection des lieux. L'équipe prend connaissance de la fiche de liaison et l'accompagne à la douche après inspection de celle-ci par la pénitentiaire ou la police.

✦ **Une fois le détenu emmené par le personnel pénitentiaire,** la police prend la relève pour assurer la garde statique devant la chambre du patient. Celui-ci reste menotté et/ou entravé tout au long de son séjour. Durant toute l'hospitalisation, la porte de la chambre reste ouverte.

✦ **Pendant le transfert au bloc opératoire,** le patient est également accompagné par les agents de police. Ces derniers le gardent sous surveillance jusqu'au départ en salle d'intervention puis en salle de surveillance postinterventionnelle. Exceptionnellement, ils peuvent demander à le suivre jusqu'en salle d'intervention. Dans tous les cas, les agents de police doivent alors revêtir la tenue de bloc opératoire et suivre les consignes du personnel soignant.

✦ **À l'issue du séjour hospitalier,** dès que la sortie est validée par le chirurgien et l'anesthésiste, la police prévient l'AP pour qu'elle organise l'escorte du retour. Pour assurer la continuité des soins, le personnel soignant prévient l'UCSA du retour et remet à l'escorte, sous pli cacheté, les comptes rendus et/ou fiche de liaison ainsi que le traitement du soir si le retour à lieu après la fermeture de l'UCSA.

✦ **À son retour à la prison,** le patient est systématiquement revu par le personnel de l'UCSA (le jour même, ou le lendemain selon l'horaire de retour).

Témoignage du personnel de chirurgie ambulatoire

Pour nous, le patient détenu est pris en charge comme tous les autres patients. Nous n'avons aucune appréhension quand nous avons une programmation en ambulatoire. Nous sommes en relation avec l'UCSA quelques jours avant l'hospitalisation pour l'organisation de l'entrée du patient et au moment de la sortie.

Toutefois, certains patients détenus peuvent montrer de l'agressivité verbale et un grand mécontentement dès que le temps d'attente leur semble trop long. Isabelle, infirmière : « *Selon le degré d'agitation, je ne m'approche pas trop près mais en aucun cas j'évite d'aller le voir. Je suis épaulée par le personnel assurant la garde statique qui intervient également et rappelle au patient de rester correct avec le personnel soignant. Je tente de le calmer. Puis j'appelle au bloc pour essayer de faire accélérer la descente au bloc en pré-opératoire, ou j'appelle l'interne et/ou l'anesthésiste pour accélérer la sortie.* »

Conclusion

La qualité de prise en charge soignante de la personne détenue est similaire à celle des autres patients tout au long de son hospitalisation, y compris en matière de confidentialité et de respect de la dignité. Cependant le cadre pénitencier impose des règles à respecter pour assurer la sécurité de tous : détenu, personnel soignant, autres patients, agents de la pénitentiaire ou de la police. Ainsi, une collaboration étroite est nécessaire entre les trois acteurs, pénitentiaire/UCSA/service de soins, afin d'assurer la meilleure prise en charge pour le patient, tout en tenant compte des priorités de chacun. ●

Référence

[1] Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale. Bulletin officiel du ministère de la Justice. 2004. www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm

Pour en savoir plus

- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000003688050&categorieLien=id
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000185453&dateTexte=20050725
- Ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes détenues : Guide méthodologique. 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_-_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 27/05/2021 par CENTRE HOSPITALIER VAL ARIEGE (763171). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Bénéficier d'une consultation pré anesthésique à domicile, c'est possible !

Depuis le 12 juin 2018, le dispositif TELECAM (TeleConsultation At Home) permet de réaliser des consultations pré-anesthésiques par télémédecine, le patient se trouvant à domicile, et le médecin requis dans sa structure d'exercice. La téléconsultation d'anesthésie se déroule de la même façon qu'une consultation d'anesthésie traditionnelle, avec les mêmes objectifs. Grâce à ce projet, fruit d'un protocole de recherche organisé par le Département d'Anesthésie-Réanimation du CHRU de Nancy, c'est la 1ère fois en France que des téléconsultations d'anesthésie peuvent avoir lieu à domicile.

A l'origine, une étude scientifique

L'étude* vise à évaluer la qualité des téléconsultations pré-anesthésiques en visioconférence, comparativement aux consultations traditionnelles, auprès de patients en chirurgie ambulatoire. Ainsi, deux groupes de patients sont constitués par tirage au sort : l'un bénéficiant d'une téléconsultation, et l'autre d'une consultation traditionnelle. L'hypothèse de recherche est que la qualité des téléconsultations pré-anesthésiques n'est pas différente de la qualité des consultations traditionnelles réalisées en présentiel.

Les inclusions de patients dans le protocole de recherche TELECAM ont débuté le 12 juin 2018, avec une durée de recherche estimée à 48 mois.

Que permettent les téléconsultations ?

Pour réaliser cette recherche scientifique, Télésanté Lorraine fournit son service de télémédecine Odys, déjà utilisé depuis plusieurs années (télé-AVC, téléconsultations en EHPAD, en milieu carcéral ou encore dans le cadre de l'insuffisance rénale). Médecin et patient se voient et dialoguent par visioconférence. Le patient peut transmettre des comptes rendus, en les montrant au médecin, qui en retour peut transmettre des documents au patient, tels que des prescriptions numérisées.

La qualité de la solution Odys permet au médecin anesthésiste-réanimateur de réaliser des mesures d'angles ou de distances, sur une photo du visage du patient, comme la distance thryro-mentonnière ou encore l'ouverture buccale, permettant d'anticiper d'éventuelles difficultés d'intubation pour l'anesthésie à venir.

Quels bénéfices ?

Pour le patient se prêtant à la recherche, les bénéfices sont nombreux. Il lui est possible de bénéficier d'une consultation pré-anesthésique à son domicile ou sur son lieu de travail, sans avoir à poser de congés pour un rendez-vous qui ne dure habituellement qu'une quinzaine de minutes, ou à attendre en salle d'attente. S'ajoute à cela une réduction des coûts liés au déplacement en véhicule et au stationnement, surtout pour les patients éloignés géographiquement du lieu de consultation.

Le protocole de recherche tend également à évaluer la satisfaction des médecins et des patients ayant réalisé une téléconsultation pré-anesthésique en visioconférence.

A l'heure actuelle, une moyenne de 15 téléconsultations par mois est assurée. A l'issue de cette étude scientifique, une poursuite des téléconsultations pourra être envisagée.

Site internet du CHRU de Nancy: http://maternite.chru-nancy.fr/index.php/accueil-emploi/594-beneficier-d-une-consultation-pre-anesthesique-a-domicile (consulté le 3 juin 2021)