

Ce qu'il faut savoir...

Ce qui fait débat...

Abécédaire : chirurgie ambulatoire

INTRODUCTION

La finalité de ce document est d'apporter une aide à la compréhension des thématiques les plus fréquemment évoquées lors de débats entre professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire.

Cet abécédaire, au sens de « livre didactique », propose deux niveaux d'approche :

- les « thèmes » : chaque thème traite d'une question posée. Il s'agit d'une synthèse rédigée selon un schéma standard qui distingue successivement la question posée, la réglementation, les bonnes pratiques et « ce qui fait débat » (qui renvoie à une ou plusieurs fiches). Les 15 thèmes sont regroupés en 3 champs : pratiques, organisation et réglementation.
- les « fiches » : chaque fiche est rattachée à un thème. Elle est annoncée dans le sous titre « ce qui fait débat » du thème concerné et développe un argumentaire, en situant les termes de « ce qui fait débat » et en donnant quelques références bibliographiques.

Les éléments de débat devant tenir compte de l'évolution de la réglementation et des pratiques, ce document devra être modifié en conséquence. Aussi, de nouvelles questions pourront apparaître, ce qui entraînera la production de nouveaux thèmes et nouvelles fiches. Le document a été construit pour être évolutif.

Cet abécédaire s'adresse à tous les décideurs et professionnels de santé, qu'ils soient médicaux, administratifs et/ou institutionnels.

AUTEURS

Ce document est rédigé à « dires d'experts » et n'engage que leurs auteurs, qui ont participé depuis de très nombreuses années à plusieurs commissions, rapports, débats et groupes de réflexion sur le sujet.

Liste des experts ayant participé à l'élaboration de ce document :

- **Docteur Guy Bazin** : anesthésiste, membre fondateur et past-président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, ancien président du comité analyse et maîtrise du risque à la Société Française d'Anesthésie Réanimation, membre de l'International Association for Ambulatory Surgery
- **Docteur Gilles Bontemps** : médecin, chargé de mission Direction des Négociations et des Relations UNCAM et UNOCAM à la CNAMTS, ancien chef de projet national de l'enquête chirurgie ambulatoire du Programme National Inter Régimes CNAMTS/MSA/RSI, membre fondateur de l'Observatoire français et européen de chirurgie ambulatoire, membre du Conseil National de Chirurgie
- **Maître Corinne Daver**, Docteur en droit, avocat associé Département santé FIDAL et **Maître Michel Guérin**, avocat, Directeur associé Département santé de la FIDAL
- **Docteur Laurent Jouffroy**, anesthésiste, vice président de Société Française d'Anesthésie Réanimation, vice-président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, vice président de la Commission Certification des Etablissements de Santé de la Haute Autorité de Santé
- **Gérard Parmentier**, directeur, secrétaire national de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie, membre fondateur de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, membre honoraire du comité exécutif de l'International Association for Ambulatory Surgery, membre du Haut Conseil de Santé Publique
- **Docteur Jean Patrick Sales**, chirurgien, conseiller spécial pour les Affaires Médicales auprès de la Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, past-président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, ancien expert visiteur de la Haute Autorité de Santé

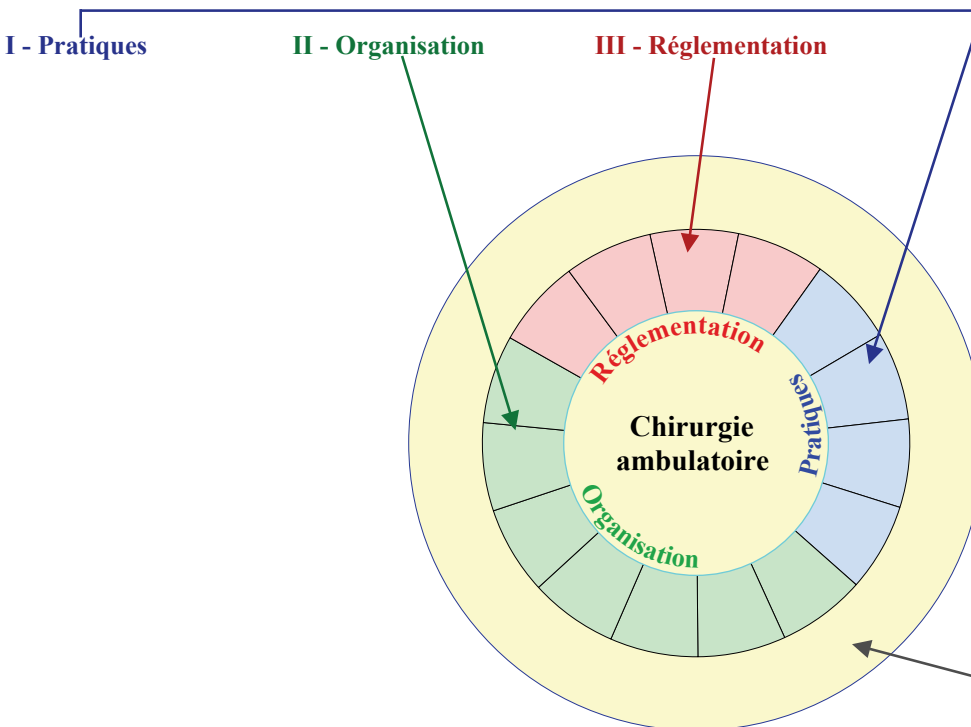
Cet « abcdaire » propose deux niveaux d'approches :

1) Ce qu'il faut savoir...

Les « thèmes » :

Chaque thème traite d'une question posée. Il s'agit d'une synthèse rédigée selon un plan standard qui distingue successivement : la question posée / la réglementation / les bonnes pratiques / ce qui fait débat (qui renvoie à une ou plusieurs fiches...).

Les 15 thèmes sont regroupées en 3 champs :



Chaque numéro de champ (I, II ou III) est suivi d'une indexation alphabétique (A, B, C...) permettant le repérage du thème.

Exemple : **III-C** : Listes d'actes



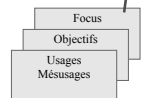
2) Ce qui fait débat...

Les « fiches » :

Chacune des « fiches » est rattachée à un thème : elle y est annoncée dans le sous-titre "ce qui fait débat" du thème concerné.

Les fiches développent un argumentaire, en situant les termes de ce qui fait débat et en donnant quelques références bibliographiques.

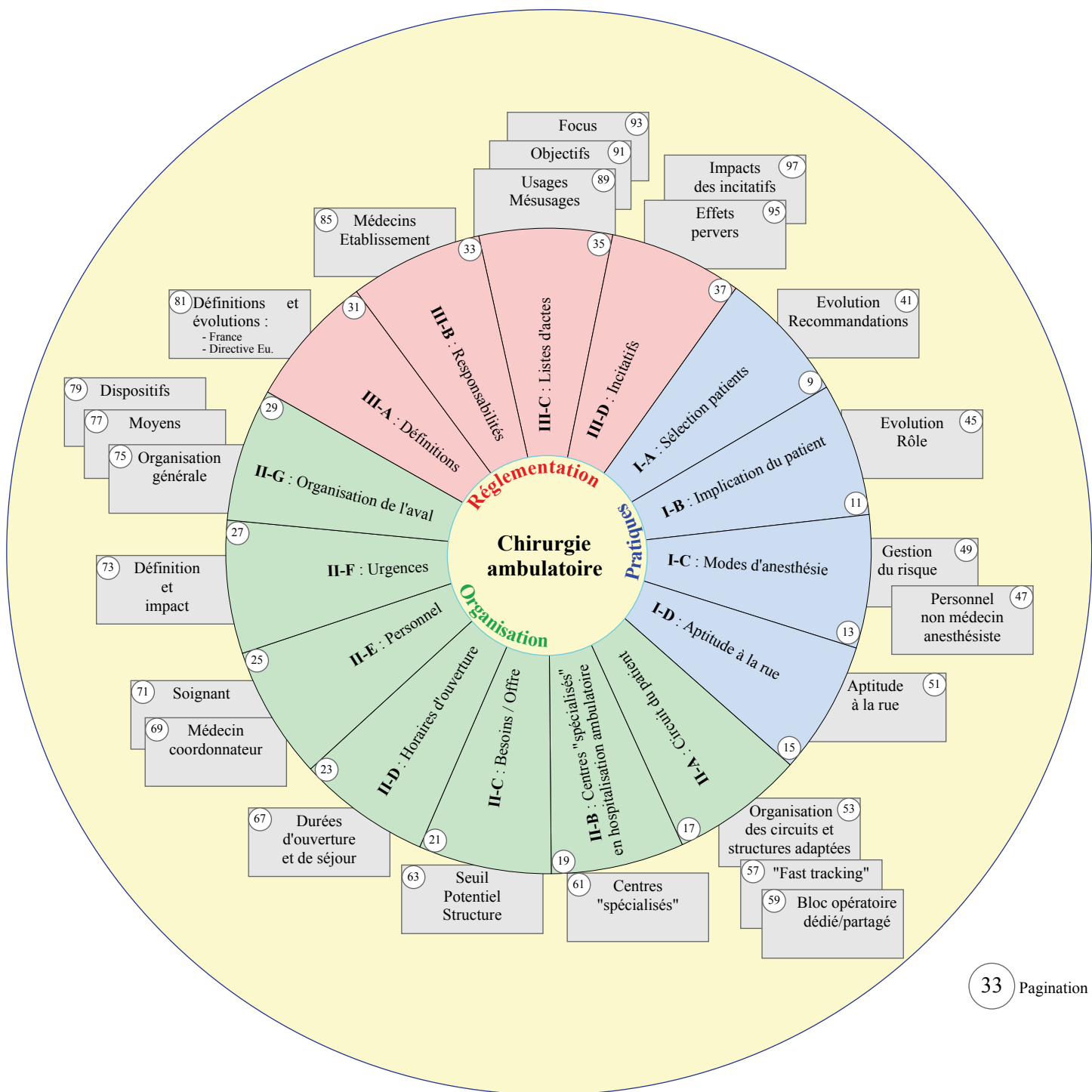
Exemple : **III-C** Liste d'actes génère 3 fiches : usages/mésusages, objectifs et focus.



« abécédaire » chirurgie ambulatoire

Janvier 2009

Cet « abécédaire » a pour objectif
d'apporter des éléments de réponses aux questions couramment posées,
par les professionnels de santé, au sujet de la chirurgie ambulatoire.
Il a été rédigé "à dire d'expert".



SOMMAIRE

INTRODUCTION ET AUTEURS	page 1
MODE OPERATOIRE	page 2
SOMMAIRE	page 5
THEMES	page 7

PRATIQUES

Thème I A : sélection des patients : « pourquoi faut-il sélectionner les patients ? »	page 9
Thème I B : implication des patients : « le patient peut-il intervenir dans le choix de sa prise en charge ? »	page 11
Thème I C : modes d'anesthésie : « quels sont les modes d'anesthésie que l'on peut faire en chirurgie ambulatoire ? »	page 13
Thème I D : aptitude à la rue : « qui doit signer l'autorisation de sortie ? »	page 15

ORGANISATION

Thème II A : circuit du patient : « le circuit ambulatoire doit-il être distinct de celui en hospitalisation complète ? »	page 17
Thème II B : centres spécialisés en hospitalisation ambulatoire : « l'avenir appartiendra-t-il aux centres sans hébergement ? »	page 19
Thème II C : articulation entre les besoins et l'offre de soins : « comment adapter les capacités chirurgicales aux besoins populationnels ? »	page 21
Thème II D : horaires d'ouverture des structures ambulatoires : « faut-il n'autoriser qu'une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures ? »	page 23
Thème II E : personnel : « quelles sont les spécificités propres à la chirurgie ambulatoire en termes de personnel ? »	page 25
Thème II F : urgences : « peut-on prendre en charge des urgences dans une structure de chirurgie ambulatoire ? »	page 27
Thème II G : organisation de l'aval : « quelle organisation en aval de l'hospitalisation ? »	page 29

RÈGLEMENTATION

Thème III A : définitions : « quelle définition pour la chirurgie ambulatoire ? »	page 31
Thème III B : responsabilités : « la responsabilité d'une prise en charge ambulatoire est-elle différente de celle prise en hospitalisation traditionnelle ? »	page 33
Thème III C : listes d'actes : « quels actes peuvent être pris en charge en chirurgie ambulatoire ? »	page 35
Thème III D : incitatifs : « quels sont les impacts des mesures prises pour inciter au développement de l'ambulatoire ? »	page 37

FICHES	page 39
--------	---------

PRATIQUES

Fiche n° 1 : évolution des recommandations des sociétés savantes pour la sélection des patients	page 41
Fiche n° 2 : évolution du rôle du patient	page 45
Fiche n° 3 : professionnels non anesthésistes et pratiques anesthésiques	page 47
Fiche n° 4 : gestion du risque anesthésique	page 49
Fiche n° 5 : aptitude à la rue	page 51

ORGANISATION

Fiche n° 6 : organisation du circuit et structures adaptées	page 53
Fiche n° 7 : fast tracking	page 57
Fiche n° 8 : bloc opératoire dédié ou partagé	page 59
Fiche n° 9 : centres spécialisés en hospitalisation ambulatoire et impact sur le paysage sanitaire	page 61
Fiche n° 10 : seuil d'activité, potentiel et structure	page 63
Fiche n° 11 : durée d'ouverture des structures et durée de séjour des patients	page 67
Fiche n° 12 : identification, statut et reconnaissance du médecin coordonnateur	page 69
Fiche n° 13 : norme et qualification en matière de personnel soignant	page 71
Fiche n° 14 : définition de l'urgence et son impact en terme de programmation	page 73
Fiche n° 15 : organisation générale de l'aval	page 75
Fiche n° 16 : moyens pour assurer la continuité des soins en aval	page 77
Fiche n° 17 : dispositifs d'aval structurés	page 79

RÈGLEMENTATION

Fiche n° 18 : définitions et leur évolution en France et dans la Directive européenne	page 81
Fiche n° 19 : responsabilité médecin/établissement et chirurgie ambulatoire	page 85
Fiche n° 20 : usages et mésusages des listes d'actes en circulation	page 89
Fiche n° 21 : objectifs des listes d'actes en circulation	page 91
Fiche n° 22 : focus sur l'amygdalectomie, la chirurgie des varices et la ligamentoplastie du genou sous arthroscopie	page 93
Fiche n° 23 : tarification et effets pervers	page 95
Fiche n° 24 : impact des incitatifs	page 97

BIBLIOGRAPHIE	page 103
---------------	----------

INDEX	page 109
-------	----------

THEMES

QUESTION

Pourquoi faut-il sélectionner les patients ?

RÉGLEMENTATION

Aucun texte spécifique.

Mais l'article D 6124-301 du code de Santé Publique définit l'alternative à l'hospitalisation « *au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge* » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient.

BONNES PRATIQUES

Les recommandations concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire ont été élaborées en septembre 1990 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation¹ et complétées en 1996 par l'Association Française de Chirurgie ambulatoire.

La revue de la littérature montre que ces recommandations apparaissent variables dans le temps, selon les pays, les auteurs et l'évolution des pratiques professionnelles. Toutes les recommandations s'accordent néanmoins sur le fait qu'il faut sélectionner les patients après analyse du bénéfice risque en considérant le triptyque patient/acte/structure. Ainsi, le Policy Brief², rédigé par l'International Association for Ambulatory Surgery en conformité avec ses travaux sémantiques antérieurs, publié en 2007 par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Pan American Health Organization dans le cadre de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, confirme que la chirurgie ambulatoire a le potentiel d'améliorer la qualité des soins sans ajouter de risque supplémentaire pour le patient.

¹ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

² Policy Brief Day surgery : Making it Happen : European Observatory on Health Systems and Policies - Policy briefs - http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et www.iaas-med.com (<http://iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

EN DÉBAT

Evolution des recommandations des sociétés savantes pour la sélection des patientsFiche n° 1

QUESTION

Le patient peut-il intervenir dans le choix de sa prise en charge ?

RÉGLEMENTATION

Aucun texte spécifique, mais :

- l'esprit qui a concouru à la rédaction des décrets des structures de soins alternatives à l'hospitalisation de 1992 oblige le praticien à s'enquérir de l'environnement social du patient. Sa décision se fait "*au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge*" (article D 6124-301) ;
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise en particulier le droit de recevoir les soins les plus appropriés ainsi que le droit et une procédure d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales ;
- l'article L 162-1-17 du code de la Sécurité Sociale introduit la possibilité d'une procédure de mise sous accord préalable pour certains actes chirurgicaux réalisés avec hospitalisation d'au moins une nuit alors qu'ils pourraient théoriquement être réalisés en chirurgie ambulatoire ;
- l'article L 1111-4 du code de la santé Publique prévoit qu' « *aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ».

BONNES PRATIQUES

La bonne pratique de la chirurgie ambulatoire implique deux évolutions :

- la modification des rapports du colloque singulier entre le patient et l'opérateur avec un transfert au patient d'un certain nombre de responsabilités de l'opérateur et une transformation du patient « captif et passif » en patient « actif et responsable » dans sa prise en charge ;
- la mutation d'une organisation où le patient devient le pivot du système.

EN DÉBAT

Evolution du rôle du patient Fiche n° 2

QUESTION

**Quels sont les modes d'anesthésie que l'on peut faire en chirurgie ambulatoire ?
Anesthésie générale, locorégionale, locale, sédation... ?**

RÉGLEMENTATION

Le Code de santé publique (article D 6124-301) parle de "*l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire*"...

Il précise aussi : "*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*". Ceci permet de fait tous les modes d'anesthésie.

L'article D 6124-91 confirme que les structures de soins alternatives à l'hospitalisation doivent apporter les mêmes garanties pour les anesthésies générales ou locorégionales que si elles étaient pratiquées en hospitalisation traditionnelle.

BONNES PRATIQUES

Les recommandations de la SFAR de 1990 concernant l'anesthésie du patient ambulatoire¹ précisent que "*toute anesthésie générale, locorégionale ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste réanimateur qualifié*".

Ces recommandations ne couvrent pas les anesthésies purement locales et ont été élaborées à destination des seuls anesthésistes réanimateurs.

La Conférence de consensus de mars 1993² a considéré que la chirurgie ambulatoire nécessite "*impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivi d'une surveillance post-opératoire prolongée*".

¹ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

² La chirurgie sans hospitalisation, conférence de consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 23, 24 et 25 mars 1993

EN DÉBAT

Professionnels non anesthésistes et pratiques anesthésiquesFiche n° 3

Gestion du risque anesthésiqueFiche n° 4

QUESTION

Qui doit signer l'autorisation de sortie, le chirurgien, l'anesthésiste ou les deux ?

RÉGLEMENTATION

Les articles D 6124-101 « *un médecin anesthésiste réanimateur (...) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement ...* » et D 6124-304 « *chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure (...) ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure (...)* » du code de santé publique définissent les responsabilités des acteurs dans la sortie du patient.

BONNES PRATIQUES

Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation concernant l'anesthésie ambulatoire¹ de 1990 précisent les cas où la responsabilité de l'anesthésiste est engagée.

¹ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

EN DÉBAT

L'aptitude à la rue intègre plusieurs champsFiche n° 5

QUESTION

Le circuit du patient ambulatoire doit-il être distinct de celui du patient en hospitalisation traditionnelle ?

RÉGLEMENTATION

La réglementation est basée sur les articles D 6124-97 et suivants du code de Santé Publique.

L'article D 6124-302 exige que l'accueil et la salle de repos soient spécifiques, mais ne dit rien sur la salle d'induction, le bloc opératoire ou la Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI) : l'acte est le même.

Il précise qu'« *au cours de la durée d'ouverture (...) les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour une autre activité* »

Il est complété par le décret n° 95-993 du 28 août 1995 qui précise l'"existence d'un secteur opératoire adapté aux activités pratiquées et d'une salle de repos réservée (...) comportant au moins l'arrivée de fluides médicaux".

BONNES PRATIQUES

A dire d'experts : il n'existe pas de pays où la réglementation ne recommande pas de distinguer les circuits d'accueil et de repos. En effet, cette distinction est justifiée par les spécificités de leur organisation, de l'environnement qui joue sur la capacité du patient à se prendre en charge et de la capacité des personnels à mettre en œuvre une surveillance et des critères de sortie adaptés. C'est bien cette organisation spécifique qui conditionne la qualité de la prise en charge.

Au sein du secteur opératoire, les circuits des patients peuvent ne pas être différents dans l'espace. Dans tous les cas, il doit y avoir un planning opératoire bien défini et le respect de ce planning.

EN DÉBAT

Organisation du circuit et structures adaptées	Fiche n° 6
Fast tracking	Fiche n° 7
Bloc opératoire dédié ou partagé	Fiche n° 8

NB : les 4 types d'organisation ambulatoire (intégré, autonome, satellite et indépendant) sont traités fiche n° 6.

THEME II B

Centres spécialisés en hospitalisation ambulatoire

QUESTION

L'avenir appartiendra-t-il aux centres sans hébergement ?

RÉGLEMENTATION

Aucune réglementation spécifique.

L'autorisation de ces centres est variable selon le modèle :

- les centres satellites situés dans le périmètre d'un établissement de santé avec hébergement sont autorisés ;
- les centres indépendants hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement n'ont pas d'autorisation légale hormis dans les cas où ils résultent d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement tout en gardant leur identité juridique¹.

¹ Néanmoins quelques autorisations existent.

BONNES PRATIQUES

Les centres indépendants sont devenus fréquents voire dominants dans quasiment tous les pays qui se sont dotés de moyens ambulatoires importants, plus particulièrement les Etats-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Australie.

Le rapport du Conseil National de la Chirurgie du 29 et 30 septembre 2006¹ propose que « *des établissements pourront développer une prise en charge ambulatoire exclusive aux deux conditions : d'un volume d'activité supérieur à 3000 actes par an et d'une convention explicite avec un établissement proche doté d'une unité d'hospitalisation chirurgicale complète* »

¹ www.cnchirurgie.fr

EN DÉBAT

Centres spécialisés en hospitalisation ambulatoire et impact sur le paysage sanitaireFiche n° 9

NB : les 4 types d'organisation ambulatoire (intégré, autonome, satellite et indépendant) sont traités fiche n° 6.

THEME II C

Articulation entre les besoins et l'offre de soins

QUESTION

Comment adapter les capacités chirurgicales aux besoins de la population ?

RÉGLEMENTATION

L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire et la notion d'autorisation en lits et places au bénéfice d'une autorisation reposant exclusivement sur une activité de soins, tant pour l'hospitalisation complète qu'ambulatoire. Les notions de quotas, taux de change, lits et places ont disparu et ont été remplacées par la notion d'objectifs quantifiés de l'offre de soins, par activité de soins et par territoire de santé.

Le document cadre de janvier 2005 signé par la DHOS et l'UNCAM à destination des ARH, URCAM, CRAM, DRSM et CGSS fournit les éléments méthodologiques pour l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire des SROS de 3^{ème} génération, tant dans l'appréciation des "besoins" que dans les capacités chirurgicales nécessaires.

BONNES PRATIQUES

Le rapport d'information du sénat n° 287 sur l'avenir de la chirurgie en France reprend le seuil d'activité chirurgicale minimale annuelle recommandé dans l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération, établi à 1.500 séjours chirurgicaux ou 2.000 actes en bloc opératoire nécessitant une anesthésie.

Le rapport du Conseil National de la Chirurgie sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France a identifié la liste des établissements réalisant moins de 2.000 actes classants par an.

Le Conseil National de la Chirurgie note, dans ses propositions de septembre 2006¹, sur la chirurgie ambulatoire que :

- « *cette chirurgie doit être réalisée dans des structures ayant le niveau d'environnement d'un établissement de santé (secteur opératoire)* ».
- « *Aucun acte chirurgical ne doit être réalisé en cabinet et ces structures doivent s'ouvrir aux praticiens demandeurs.* »
- « *Des établissements pourront développer une prise en charge ambulatoire exclusive aux deux conditions : d'un volume d'activité supérieur à 3.000 actes par an et d'une convention explicite avec un établissement proche doté d'une unité d'hospitalisation chirurgicale complète.* »
- « *La chirurgie ambulatoire n'est en aucun cas un substitutif à une activité chirurgicale en déclin.* ».

¹ www.cnchirurgie.fr

EN DÉBAT

Seuil d'activité, potentiel et structures Fiche n° 10

Horaires d'ouverture des structures ambulatoires**QUESTION**

Faut-il n'autoriser qu'une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures ?

RÉGLEMENTATION

L'article D 6124-301 du code de la Santé Publique n'autorise la dispensation des prestations que "*sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures*".

BONNES PRATIQUES

Un séjour en hospitalisation ambulatoire se compose de plusieurs phases successives indispensables : visite pré-anesthésique, passage au bloc opératoire, réveil anesthésique, surveillance nécessaire préalable à l'aptitude à la rue.

La durée de la prise en charge ambulatoire est de la seule responsabilité des professionnels et de la structure. La fixation normative réglementaire d'une durée d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures contraint néanmoins les professionnels à inclure tous ces séjours dans ces 12 heures.

EN DÉBAT

Durée d'ouverture des structures et durée de séjour des patientsFiche n° 11

QUESTION

Quelles sont les spécificités propres à la chirurgie ambulatoire en termes de personnel ?

RÉGLEMENTATION

Les articles D 6124-303 et 305 du code de la Santé Publique (décret du 2 octobre 1992) précisent le nombre et la qualification du personnel. Pendant la durée d'ouverture de la structure il est requis la présence minimale :

- d'un médecin coordonnateur,
- d'une infirmière pour cinq patients présents,
- de deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire,
- d'un médecin anesthésiste réanimateur pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

A l'étranger ce ne sont pas des médecins qui coordonnent les structures de chirurgie ambulatoire mais des infirmières ou des administratifs. De même, les normes concernant la présence des infirmières, quand elles existent, sont variables.

BONNES PRATIQUES

La gestion des différents flux (flux logistiques, patients, brancardiers, chirurgiens, anesthésistes...) et la coordination des différents métiers exigent des compétences spécifiques.

EN DÉBAT

Identification, statut et reconnaissance du médecin coordonnateurFiche n° 12

Norme et qualification en matière de personnel soignantFiche n° 13

QUESTION

Peut-on prendre en charge des urgences dans une structure de chirurgie ambulatoire ?

RÉGLEMENTATION

Les articles D 6124-91 et D 6124-92 du code de Santé Publique (décret du 5 décembre 2004) imposent une consultation pré-anesthésique "pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, assurent les garanties suivantes : **une consultation préanesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée (...), la consultation préanesthésique (...) a lieu plusieurs jours avant l'intervention** ». Ces décrets définissent donc les délais d'une prise en charge ambulatoire avec un acte d'anesthésie pratiqué par un anesthésiste, à savoir le respect d'un délai minimal de 48 heures. En miroir, l'urgence est définie comme la prise en charge s'effectuant en moins de 48 heures.

L'article D 6124-302 du code de la Santé Publique (décret du 2 octobre 1992 sur les alternatives) n'exclut pas l'urgence de manière explicite mais souligne la nécessité de séparation des flux dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire : « les structures (...) sont agencées et équipées (...) en fonction (...) de la **programmation** des prestations fournies", "au cours de la durée d'ouverture (...) les locaux (...) **ne peuvent être affectés pour aucune autre activité** ».

BONNES PRATIQUES

Les bonnes pratiques sont variables selon les systèmes : Le Policy Brief¹, rédigé par l'International Association for Ambulatory Surgery en conformité avec ses travaux sémantiques antérieurs, publié en 2007 par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Pan American Health Organization dans le cadre de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, exclut de la chirurgie ambulatoire la chirurgie d'urgence « non emergency surgical procedure », alors que les indicateurs australiens de définition de l'urgence retiennent une durée inférieure à 2 heures.

¹ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

EN DÉBAT

Définition de l'urgence et son impact en terme de programmation Fiche n° 14

QUESTION

Quelle organisation en aval de l'hospitalisation ?

RÉGLEMENTATION

L'article D 6124-304 du code de la Santé Publique mentionne que « *les structures de soins mentionnées à l'article D 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés* ».

BONNES PRATIQUES

Le Policy Brief¹, rédigé par l'International Association for Ambulatory Surgery en conformité avec ses travaux sémantiques antérieurs, publié en 2007 par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Pan American Health Organization dans le cadre de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, émet parmi les 10 recommandations clés pour développer la chirurgie ambulatoire, la nécessité d'organiser le suivi.

¹ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

EN DÉBAT

Organisation générale de l'aval	Fiche n° 15
Moyens pour assurer la continuité des soins en aval	Fiche n° 16
Dispositifs d'aval structurés (HAD, réseaux de soins, hôtel médicalisé)	Fiche n° 17

QUESTION

Quelle définition pour la chirurgie ambulatoire ?

RÉGLEMENTATION

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a introduit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation.

Le décret du 2 octobre 1992 précisait : « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur ambulatoire* ».

Il a été abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

Les structures d'alternative à l'hospitalisation sont définies dans les articles L 6121-1 et L 6122-1 portant sur les modalités du schéma d'organisation sanitaire et des autorisations et dans les articles D 6124-301 à 305 du code de Santé Publique : « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comportant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* ».

BONNES PRATIQUES

L'Académie Nationale de Médecine, dans sa séance du 12 juin 2001 consacrée à la chirurgie ambulatoire¹, a déclaré « *la chirurgie ambulatoire devrait être accessible à tout patient susceptible de recevoir des soins chirurgicaux sans recourir à une hospitalisation* »

La conférence de consensus de mars 1993² retient pour définition la « *sortie de patient le jour même de son admission* ».

L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), en conformité avec ses travaux sémantiques³ et en s'appuyant sur le concept organisationnel centré sur le patient, retient la terminologie de « *day surgery* ». Elle admet comme synonymes : « *same-day surgery* », « *day only* » et « *ambulatory surgery* ». Son Policy Brief⁴, publié en 2007 par l'Organisation Mondiale de la Santé et par la Pan American Health Organization dans le cadre de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, reprend ces définitions.

¹ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2001, 185, n°6, 1023-1085, 1169-1170, séance du 12 juin 2001, www.academie-medecine.fr

² La chirurgie sans hospitalisation, conférence de consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 23, 24 et 25 mars 1993

³ Ambulatory (day) surgery : suggested International Terminology and définitions www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/modules/content/index.php?id=24>)

⁴ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

EN DÉBAT

Définitions et leurs évolutions en France et dans la Directive EuropéenneFiche n° 18

QUESTION

La responsabilité d'une prise en charge ambulatoire est-elle différente de celle prise en hospitalisation traditionnelle ?

RÉGLEMENTATION

Le principe de la responsabilité civile médicale est basé sur les articles L 1142-1 et suivants du Code de la Santé publique.

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des prestations d'hospitalisation avec hébergement est fondée sur l'article L 162-1-17 du Code de la Sécurité sociale : « *sur proposition du directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie, la commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation, après mise en œuvre, d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant pas excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation (...).*

Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'Assurance Maladie ne peuvent être facturées aux patients.

La proposition du directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ».

BONNES PRATIQUES

La prise en charge des prestations avec hébergement dans le cadre de la MSAP est basée sur les recommandations de la SFAR de 1990 concernant l'anesthésie du patient ambulatoire¹.

¹ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

EN DÉBAT

Responsabilité médecin/établissement et chirurgie ambulatoire Fiche n° 19

QUESTION

Quels actes peuvent être pris en charge en chirurgie ambulatoire ?

RÉGLEMENTATION

Aucun texte ne statue sur la faisabilité ou non d'un acte en ambulatoire.

BONNES PRATIQUES

Les sociétés savantes, tant nationales qu'internationales, n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire. Elles les ont toujours estimées illogiques et dangereuses. En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient.

Elles soulignent la différence de nature entre de telles listes et d'éventuelles listes tarifantes ou des listes destinées à mesurer les pratiques.

EN DÉBAT

Usages et mésusages des listes d'actes en circulationFiche n° 20

Objectifs des listes d'actes en circulationFiche n° 21

Focus sur l'amygdalectomie, la chirurgie des varices,
la ligamentoplastie du genou sous arthroscopieFiche n° 22

QUESTION

Quels sont les impacts des mesures prises pour inciter au développement de la chirurgie ambulatoire ?

RÉGLEMENTATION

L'article D 6124-302 du code de la Santé Publique (décret du 2 octobre 1992) définit l'anesthésie ou chirurgie ambulatoire sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures.

Les arrêtés tarifaires fixant depuis 2004 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique différencient la rémunération des séjours de moins de 48 heures avec ceux de plus de 48 heures.

BONNES PRATIQUES

L'International Association for Ambulatory Surgery définit dans le Policy Brief¹ la chirurgie ambulatoire comme de la « Day surgery », c'est-à-dire une chirurgie sur un « working day » sans hospitalisation de nuit. Les définitions de chirurgie ambulatoire sont différentes selon les pays mais le concept organisationnel centré sur le patient est la constante.

¹ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

EN DÉBAT

Tarification T2A et effets pervers Fiche n° 23
Impacts des différentes politiques incitatives Fiche n° 24

FICHES

Fiche n° 1

Evolution des recommandations des sociétés savantes pour la sélection des patients

GENERALITES

- ✚ Les recommandations concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient ambulatoire disponibles aujourd'hui en France ont été élaborées en septembre 1990 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et complétées en 1996 par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).

- ✚ Les recommandations portent sur les actes, les patients, l'anesthésie et les structures¹ :
 - *les actes* sont programmés, de courte durée (1h30), à faible risque (notamment hémorragique et respiratoire), et aux suites opératoires simples (notamment la maîtrise de la douleur et du handicap),
 - *les patients* répondent à six critères sociaux (compréhension suffisante, bonne observance des prescriptions médicales, conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation, disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte, accès rapide à un téléphone) et deux critères médicaux (âge de plus de 6 mois, comorbidités du patient / patients de stade ASA 1, 2 et 3 stabilisé),
 - *les actes d'anesthésie* englobent le suivi depuis la consultation pré-anesthésique jusqu'à la préparation à la sortie,
 - *la structure* organise la prise en charge de l'anesthésie.

- ✚ **Les recommandations n'ont pas de caractère réglementaire** et ont eu pour but de contribuer à la qualité des soins en s'assurant qu'un certain nombre de conditions sont réalisées pour une anesthésie ambulatoire en toute sécurité. Elles présentent des ouvertures, avec un élargissement possible en fonction de l'expérience acquise (durée d'intervention, caractère d'urgence, ...).

- ✚ **Les recommandations peuvent apparaître aujourd'hui inadaptées**, voire obsolètes pour certaines d'entre elles, du fait, d'une part, des avancées conjointes de l'anesthésie-réanimation et de la chirurgie ayant conduit à la réduction de la morbidité et mortalité péri-opératoires, et d'autre part, de l'évolution des pratiques professionnelles vers un élargissement maîtrisé de la prise de risque.

- ✚ **Les recommandations apparaissent variables :**
 - *dans le temps* (par exemple en 1970, les interventions aux USA étaient sélectionnées en particulier sur la base d'une durée inférieure à 90 minutes et l'absence d'une nécessité de transfusion. Ces critères ont été abandonnés en 1990),
 - *selon les pays* (par exemple, au Canada, on acceptait à l'origine une limite de 100 km entre l'habitation et la structure de soins adaptée à l'acte),
 - *selon les auteurs* (par exemple, des auteurs étrangers acceptent des patients ASA 4² si leur pathologie est stabilisée),
 - *selon l'évolution des pratiques professionnelles* (en France, l'enquête PNIR³ a montré que les pratiques ambulatoires en 2001 dépassaient les taux plafonds

¹ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

² Pandit SK. Ambulatory anesthesia and surgery in America : an historical background and recent innovations. J Perianesth Nurs 1999 / Pregler JL, Kapur PA. The development of ambulatory anesthesia and future challenges. Anesthesiology Clin N Am 2003

³ CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001 » Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003, www.ameli.fr

d'éligibilité à l'ambulatoire pour le canal carpien en Auvergne, Bourgogne, Alsace, Lorraine, PACA, Pays de Loire et Rhône Alpes ; les premiers résultats en 2008 de la MSAP semblent de même démontrer que le nombre de demandes d'autorisation préalable à l'hospitalisation traditionnelle est très faible, en deçà des taux de contre-indication déterminés dans l'enquête PNIR)....

Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire est actuellement en travail à la SFAR, ce qui confirme la nécessité de leur évolution.

MISE EN PERSPECTIVE DES RECOMMANDATIONS SFAR/AFCA

La mise en perspective des recommandations permet d'échapper à la seule logique binaire (critères satisfaits ou non) en explorant les réponses que peut concevoir la structure.

Caractéristiques concernant les actes chirurgicaux :

Aujourd'hui, des équipes performantes prennent en charge des interventions chirurgicales de durée prolongée très supérieure à 1h30, avec un niveau d'environnement élevé et des risques plus importants. La mise en place de protocoles systématiques (anti-douleur, anti-vomissements...) en préalable de la sortie et leur pérennisation à domicile doit s'intégrer dans le processus de réhabilitation du patient à domicile. Ils doivent s'inscrire dans un décloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville avec un renforcement de la coordination avec le médecin traitant.

Caractéristiques concernant les critères médicaux et psychosociaux des patients :

- ✚ *accès rapide à un téléphone.* Ce critère pourrait apparaître aujourd'hui comme toujours réalisé⁴
- ✚ *compréhension suffisante de ce qui est proposé.* Ce critère pourrait se décliner en deux sous critères : compréhension de l'intervention et compréhension du français. Autant la capacité de compréhension réduite du patient doit aboutir au refus de la procédure ambulatoire et reste donc un critère prédominant, autant la compréhension du français pourrait ne plus être une contre-indication absolue à l'ambulatoire dans la mesure où la traduction et les échanges seraient assurées par la personne accompagnante. En effet, plusieurs établissements ont des taux élevés de chirurgie ambulatoire bien qu'ils couvrent des bassins de population défavorisée et prennent en charge un nombre élevé de nationalités différentes.
- ✚ *bonne observance des prescriptions médicales.* Ce critère conditionne le suivi post-opératoire et la réhabilitation précoce à domicile. Il pourrait, au fur et à mesure que le champ de l'ambulatoire s'élargit avec la prise en charge d'interventions chirurgicales de plus en plus complexes, devenir prédominant.
- ✚ *conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation.* Plutôt que les conditions d'hygiène et de logement équivalentes, on pourrait intégrer des critères de mobilité du patient (intervention invalidante, handicaps éventuels et leur retentissement..) et d'accessibilité au logement (ascenseurs, maison sur plusieurs niveaux...).
- ✚ *disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui.* Ce critère constitue un impératif majeur, les personnes seules ne sont pas des candidats éligibles à l'ambulatoire. Mais il n'est pas un critère figé dans la mesure où des solutions alternatives existent (accueil chez un membre de la famille, personne accompagnante financée, réseau de prise en charge...).

⁴ en mai 2006, on compte en France 33.9 millions d'accès à la téléphonie fixe et 80.6% de la population française était client de la téléphonie mobile selon l'ARCEP (Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes) www.arcep.fr

- ✚ *conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure adaptée à l'acte.* Il faut rappeler qu'une structure adaptée à l'acte n'est pas obligatoirement le bloc opératoire d'origine. On pourrait envisager la mise en place de conventions ciblées systématiques avec des structures de relais, publiques ou privées. Par ailleurs, l'observation des flux ambulatoires des patients montrent dans de nombreuses régions la forte attractivité de centres ambulatoires référents, bien au-delà de l'heure de transport, ce qui rend de fait ce critère moins prégnant.
- ✚ *âge.* Le grand âge n'est pas une contre-indication à l'ambulatoire, au contraire la personne âgée supporte mal les hospitalisations avec les risques de syndrome de glissement, de désorientation, d'apparition de complications intercurrentes...Le très jeune âge n'est pas non plus a priori une contre-indication dans la mesure où les problèmes spécifiques des enfants doivent être pris en compte dans la décision finale. L'enfant de moins de 1 an justifie une réflexion et des compétences spécifiques. Certains auteurs préconisent un âge de plus de 3 mois. Il reste à souligner que les enfants, comme les personnes âgées, sont les meilleurs candidats à l'ambulatoire, dans la mesure où les enfants sont moins anxieux et moins perturbés dans leur contexte familial habituel que dans un milieu vécu comme hostile.
- ✚ *critère ASA.* Les patients ASA 1, 2 et 3 stabilisés sont classiquement éligibles à l'ambulatoire. D'une part, l'enquête trois jours d'anesthésie de la SFAR en 1996 avait démontré que les anesthésies pour les patients de classe 1 et 2 sont de loin les plus fréquentes (88%)⁵, d'autre part, des auteurs préconisent une extension aux patients ASA 4 dans la mesure où les problèmes médicaux seraient bien contrôlés en pré-opératoire.

CONCLUSION

De fait, ces critères de sélection des patients, dictés il y a 20 ans par les sociétés savantes et devenus probablement obsolètes avec le temps, alors qu'ils n'avaient eu lors de leur création que pour seule finalité de constituer des gardes fous par rapport à une dérive potentielle, ne devraient plus constituer que le moyen et non pas la finalité de la prise en charge ambulatoire.

Il est probable que l'éligibilité d'un patient à l'ambulatoire reposera plus à l'avenir sur une approche basée sur la prévisibilité et l'analyse du bénéfice/risque que sur une stricte liste d'indications ou de critères. Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire est actuellement en travail à la SFAR.

⁵ « Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et de la procédure associée », Y Auroy, MC Laxenaire, F Clergue, F Péquignot, E Jouglan, A Lienhart, AFAR Vol 17, N°11, 1998

Fiche n° 2

Evolution du rôle du patient

Il se pose la question de l'évolution du rôle du patient par rapport aux évolutions du rôle du professionnel et de l'organisation de la prise en charge.

Chaque opérateur ou professionnel de santé abordant la chirurgie ambulatoire s'interroge, d'abord et comme par seul réflexe, aux actes faisables en ambulatoire (cf. fiches n°20, 21 et 22). **Mais ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient qui le devient.**

Ce qui implique deux évolutions majeures :

- ✚ une modification des rapports du colloque singulier entre le patient et l'opérateur avec un transfert au patient d'un certain nombre de responsabilités de l'opérateur et une transformation du patient « captif et passif » en patient « actif et responsable » dans sa prise en charge,
- ✚ une mutation d'une organisation centrée sur les seules préoccupations de l'opérateur vers une organisation où le patient devient le pivot du système.

Le nouveau rôle du patient remet en cause l'organisation qui bascule en un double mouvement :

- ✚ de la seule fonction productive de soins vers une fonction élargie aux services. Cette évolution du rôle du patient met à mal l'organisation historique de la structure et la notion de lits dédiés au seul service ou au seul opérateur,
- ✚ d'une prise en charge longitudinale monodisciplinaire centrée sur le service et le producteur des soins vers une organisation transversale pluridisciplinaire centrée sur le patient.

Cette mutation de l'organisation devrait amener les opérateurs à s'interroger en premier lieu sur les bénéfices attendus pour les patients d'une prise en charge ambulatoire, tant subjectifs (plus grande satisfaction des patients⁶...) qu'objectifs (moindre exposition aux infections nosocomiales⁷...), voire les inciter à réfléchir, non pas en termes de bénéfices attendus de l'ambulatoire pour le patient, mais bien plutôt en termes de bénéfices supplémentaires qu'en tirerait le patient si on lui proposait une hospitalisation traditionnelle. **La norme de prise en charge devient donc l'ambulatoire.**

⁶ 90% des patients se sont déclarés satisfaits, à l'issue d'une prise en charge ambulatoire. *Enquête PNIR de l'assurance maladie d'octobre 2003* www.ameli.fr

81% des français seraient prêts à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire. *Enquête Omnibus IPSOS (février 2007)* www.ameli.fr

⁷ 5 à 6 fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle. *Rapport réseau INCISO 2007 Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire (janvier 2008)* www.cclinparisnord.org

Professionnels non anesthésistes et pratiques anesthésiques

Le décret N° 94-1050 du 5 Décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie par les professionnels anesthésistes réanimateurs ne porte que sur les modes d'anesthésie générale ou loco-régionale pratiquées par un anesthésiste réanimateur. En effet, tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale doit bénéficier d'un ensemble de dispositions sous la responsabilité d'un anesthésiste réanimateur. Cette exclusivité pourrait entraîner des effets pervers :

- ✚ Une position bloquante des anesthésistes et ainsi devenir des freins aux flux.
- ✚ Des manœuvres de contournement des opérateurs pour lever ces freins.

Si les anesthésies locales sont exclues de fait du champ du décret, les tronculaires mêmes distales ainsi que les sédations entrent dans son champ.

Il reste à souligner :

- ✚ Le lien entre l'acte anesthésique et la présence de l'anesthésiste ou d'une IADE dans la salle d'opération est probablement excessif chez un sujet sain dans le cadre de certaines interventions, telles, la cataracte sous topique, le canal carpien sous bloc médian ou l'ablation d'une tumeur sous anesthésie locale sous cutanée. Les disparités importantes de répartition des anesthésistes réanimateurs tant au niveau du territoire qu'entre le secteur public et privé, ne permettent plus de figer une compétence qui serait plus utile ailleurs. L'application stricto sensu du décret impliquerait un doublement des effectifs. Ces effectifs sont aujourd'hui pourtant parmi les plus importants en Europe.
- ✚ Un chirurgien orthopédique ou de la main connaît probablement autant l'anatomie et son tracé nerveux qu'un anesthésiste. Rien ne l'empêche de pouvoir assurer ses propres anesthésies dès lors qu'il en a la pratique. Du reste, si le transfert de compétence vers une IADE est admis, pourquoi ne le serait-il pas vers un chirurgien.
- ✚ Certaines spécialités, parfois non « médicales » (chirurgiens dentistes), exécutent couramment des anesthésies tronculaires. Dans certains pays (Etats Unis, Israël...), ces mêmes spécialités utilisent les sédatifs intraveineux le plus souvent dans un environnement ambulatoire.
- ✚ Aujourd'hui, rien n'empêche d'autres praticiens de prendre en charge des actes d'anesthésie dès lors qu'ils en ont la pratique et qu'ils en assurent la responsabilité. C'est le cas, en particulier au cours des interventions sur le terrain des urgentistes des SAMU qui exécutent couramment des anesthésies loco-régionales parfois complexes.

Il appartient donc aux sociétés savantes :

- ✚ **de se mettre d'accord, sur la base des connaissances actuelles, pour construire toutes les filières avec l'enseignement correspondant,**
- ✚ **d'actualiser les définitions du champ d'application de l'anesthésie.**

Fiche n° 4

Gestion du risque anesthésique

La chirurgie ambulatoire étant par définition un concept d'organisation, la gestion du risque est une de ses fonctions majeures. La gestion du risque anesthésique suit les mêmes règles que la gestion de tous les risques. Elle est assurée sur la base d'une analyse systémique de l'organisation de l'anesthésie corrélée avec toutes les autres organisations qui interfèrent dans le bloc opératoire.

Pourtant les structures qui ont bien relié l'ensemble des éléments qui constituent un bloc opératoire, sont rares. Le cloisonnement des spécialités est le plus souvent la règle. Si les facteurs de risques anesthésiques peuvent être le plus souvent liés à l'individu anesthésiste, les facteurs liés à l'équipe, à la définition des tâches ou à l'organisation sont la plupart du temps directement la conséquence d'une succession d'évènements indésirables aggravés par la disparité des acteurs évoluant dans la structure. Les erreurs de côté d'intervention, de patronyme, d'injection médicamenteuse, tiennent moins de la responsabilité de l'acteur dit de première ligne que de l'ensemble des acteurs qui évoluent dans la chaîne.

Ainsi, ce n'est pas forcément l'anesthésiste seul qui est responsable de l'accident ou de l'incident subi par son patient, lorsque l'exécution de l'acte est entrée en conflit avec d'autres exigences qui n'ont pas été prévues.

Cette conception globale permet, entre autres, d'aborder plus facilement le débat particulièrement sensible, sur les transferts de compétences dès lors que la pratique de l'anesthésie n'est plus cloisonnée.

Un praticien non anesthésiste peut alors, dans le cadre d'une gestion des risques bien comprise, prendre la responsabilité de pratiquer une anesthésie locale ou tronculaire. Il le fera sur la base de protocoles, de règlement, de charte,... établis préalablement afin d'assurer les risques liés à la compétence, à la lisibilité de la tâche, à la continuité du soin, à l'état du patient, à la formation, à l'évaluation des pratiques des acteurs et à l'adaptation au flux. Il signalera au dossier médical les changements qu'il a éventuellement décidés et qui contreviennent à l'organisation prévue et décrite dans le document visé à l'article 2 de l'arrêté du 3 octobre 1995 dit « matériel et dispositif » et veillera, entre autres, à ce que les vérifications systématiques (« check list ») qui y étaient prévues à chaque ouverture de salle et à chaque changement de patient soient bien effectuées.

Le niveau d'exigence en matière de la gestion du risque en ambulatoire ne fait que devancer ce qu'il devrait être pour toute prise en charge chirurgicale.

La sortie du patient d'une unité de chirurgie ambulatoire répond à plusieurs impératifs. Parmi eux, la sortie du secteur opératoire et l'aptitude à la rue intègrent les champs à la fois de la réglementation, des bonnes pratiques et de la responsabilité professionnelle.

La réglementation et les recommandations de bonne pratique définissent les responsabilités des différents acteurs :

- ✚ arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 6124-302 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Ce texte définit des fonctions et des garanties de qualité à assurer. Parmi ces fonctions, la surveillance post-opératoire est précisée dans l'article 3 avec « *un document, élaboré sous la responsabilité technique du médecin coordonnateur (...) précise les modalités de mise en œuvre des fonctions (...)* ». Par ailleurs, l'article 8 impose la mise en place d'un document consignait l'organisation du secteur opératoire qui définit et précise « *les procédures et modalités d'entrée, de déplacement et de sortie du personnel et des patients.* » C'est ainsi que la visite avant sortie du patient par l'anesthésiste doit être prévu et tracé
- ✚ article D 6124-304 : « *...lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention...* ».
- ✚ recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire de la SFAR (1990) : « *Seul l'anesthésiste peut autoriser le départ, pour ce qui concerne les suites de l'anesthésie...* », alors qu'il est précisé en introduction : « *En cas d'anesthésie purement locale sans sédation, l'anesthésiste n'est souvent pas concerné. Les Recommandations (...) s'appliquent à tous les autres cas...* ».
- ✚ article D 6124-101 : « *le médecin anesthésiste réanimateur (...) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou le chirurgie ambulatoire* »

Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien reste responsable de ses propres actes (cf aussi fiche n°19). Sans un protocole spécifiant le contraire et avec l'accord de chaque praticien, la décision de sortie (et la responsabilité qui lui est attachée), relève de celui qui a fait l'acte dans la spécialité le concernant. Le chirurgien décide de l'opportunité chirurgicale et l'anesthésiste de l'opportunité anesthésique.

Quoi qu'il en soit en pratique, l'organisation prime toujours : la prise en charge ambulatoire impose que toutes choses soient discutées et coordonnées entre les acteurs avec une culture de l'écrit que rappelle l'Article D. 6124-305 : « *Un règlement intérieur propre à chaque structure de soins (...) précise notamment (...) 4°: les modalités de mise en œuvre des dispositions mentionnées à l'Article D. 6124-304* »

Le profil de l'acteur médical qui signe le bulletin de sortie importe peu, à l'inverse d'un accord écrit en bonne et due forme entre les différents acteurs. Le non-signataire ne peut s'affranchir de sa propre responsabilité.

Fiche n° 6

Organisation du circuit et structures adaptées

La chirurgie ambulatoire est caractérisée par une organisation centrée sur le patient. Les structures à mettre en oeuvre sont donc dépendantes de cette organisation.

Deux questions différentes peuvent se poser :

✚ Question de l'agencement interne de la structure :

L'agencement interne des structures renvoie :

- aux supports (la question fondamentale du « chariot » - faut-il, peut-on, veut-on tout faire sur le même chariot multi-usage, y compris opérer le patient, afin d'éviter toute rupture de charge ?...),
- aux circuits physiques,
- aux zones spécialisées (enfants...),
- aux zones « communes » ou « individuelles » (la zone commune optimise la surveillance, favorise le dialogue entre patients et, donc, les conditions de sortie, alors que l'organisation en chambres individuelles favorise un service personnalisé et permet parfois un supplément de facturation...),
-

La liste est longue et renvoie aussi aux questions traitées aux fiches n° 7 sur le « fast tracking » et n° 8 sur le bloc opératoire dédié ou partagé.

Aucune des réponses apportées n'est neutre. L'ensemble doit rester cohérent et « faire système ».

✚ Question de l'architecture et de la localisation de la « structure » de chirurgie ambulatoire.

Cette fiche ne traitera que de la deuxième question.

Toutes les sociétés savantes se consacrant à la chirurgie ambulatoire travaillent sur l'optimisation des circuits et la conception des structures. Aucune société savante ne promeut un "modèle", même si les conceptions des structures sont proches. Au contraire, il y a consensus dans la littérature pour toujours renvoyer à des choix organisationnels, et donc aux arbitrages de l'équipe concernée. L'organisation, même bien centrée sur le patient, dépend trop de l'histoire de l'équipe concernée, de son environnement social, culturel, matériel, réglementaire, économique, urbain, concurrentiel, de sa spécialisation ou de sa polyvalence, de ses perspectives stratégiques...

La question principale repose sur des choix d'organisations concrets faits par une équipe maîtrisant parfaitement le concept de « chirurgie ambulatoire ». La structure ne fera que traduire ces choix.

Bref, il n'y pas de "modèle" au sens architectural du terme. Mais il y a des "structures" plus ou moins bien adaptées à des choix raisonnés d'organisation et de maîtrise des flux, de qualité de la prestation et de maîtrise des risques. Il y a donc des logiques de structures.

Partout, l'accueil et la zone de "repos" sont toujours spécifiques afin que les flux de patients hospitalisés en mode traditionnel et en mode ambulatoire ne se croisent pas hors zone technique. Par « repos », il est entendu préparation à l'aptitude à la rue, ou au « home readiness », en phases post-opératoire et post-anesthésique, à l'exclusion de tout autre. **Il est donc exclu que le patient ait dans la structure un repos d'une nature autre (sinon l'hospitalisation est traditionnelle).**

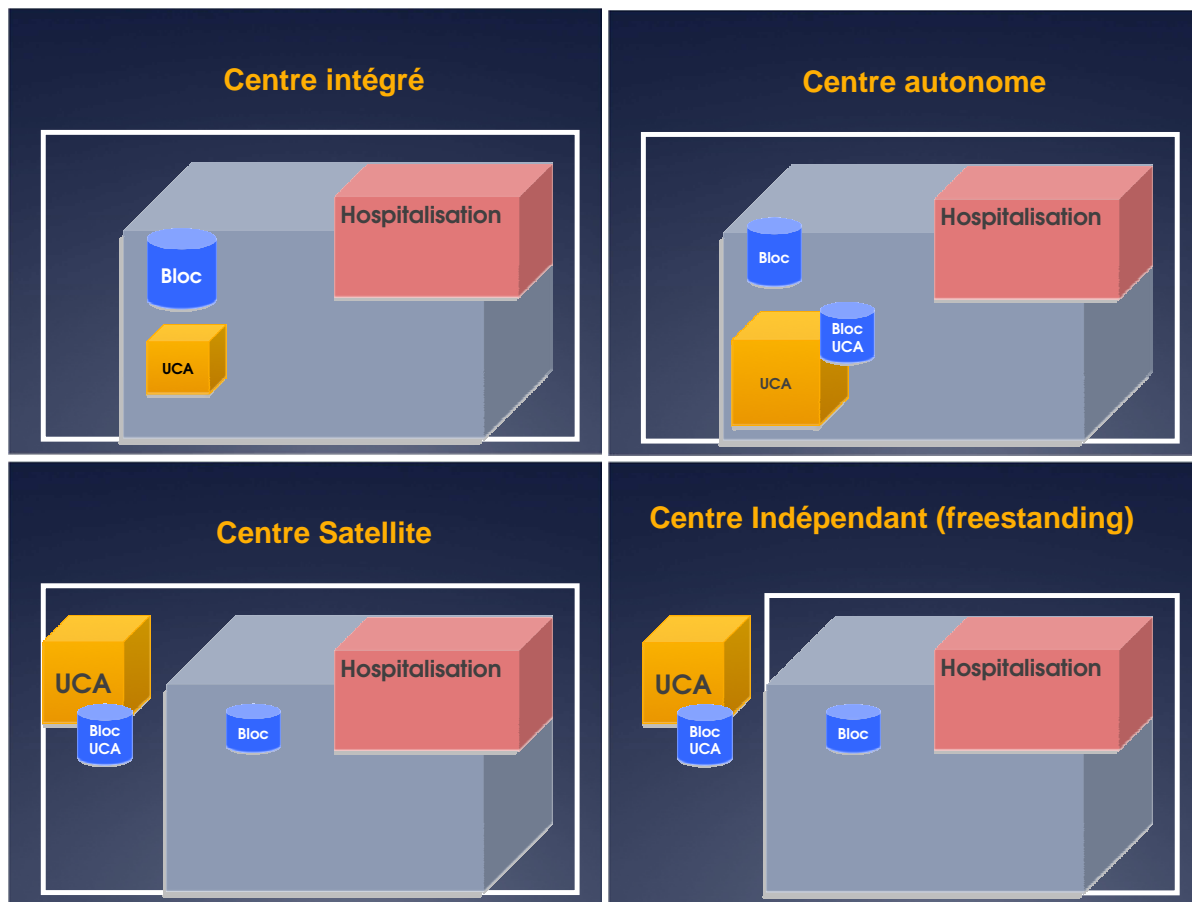
Ce qui reste structurant, c'est la plus ou moins grande maîtrise de sa propre organisation par l'équipe de chirurgie ambulatoire. Elle doit maîtriser, ordonner, contrôler et diriger de manière simple et pratique tous les flux (patients, information, personnel, matériel...).

La Conférence de Consensus de 1993 distinguait 4 types d'organisation ambulatoire⁸:

- Structures intégrées : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires.
- Structures autonomes : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel
- Structures satellites : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire (bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé en dehors du bloc traditionnel dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement)
- Structures indépendantes : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Il s'agit d'une structure de chirurgie ambulatoire totalement détachée d'un établissement de soins classiques (hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement)

Les commentaires apportés ci-dessous sur chacune des quatre grandes structures type visent à faciliter une approche critique en termes d'avantages, de risques ou d'inconvénients et d'influence de son origine, de son mode d'apparition (cf. schéma infra- / 4 types d'organisation ambulatoire).

Schéma : 4 types d'organisation ambulatoire



⁸ conférence de consensus de la fondation Avenir pour le Recherche Médicale Appliquée des 23.24 et 25 mars 1993

LES CENTRES INTEGRES

Ce modèle est le plus ancien et représente la quasi-totalité des structures françaises depuis 20 ans. Il s'agit le plus souvent de « petits » centres de chirurgie ambulatoire.

Leur avantage est celui d'une grande facilité de sa mise en œuvre dans un établissement déjà existant. L'investissement pour une "mise aux normes" est limité. Leur fonctionnement ne peut s'opérer que dans l'existence d'une rigueur d'organisation en matière de gestion et de respect des plannings. Ces centres exigent des procédures et des règles du jeu clairement énoncées, un pouvoir managérial fort et admis, en particulier pour procéder aux inévitables et très nombreux arbitrages nécessaires. Dans ces conditions (rarement atteintes), les professionnels font valoir une grande optimisation dans l'utilisation des moyens communs.

Leur inconvénient est qu'ils constituent souvent en France un frein non négligeable au développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, la démarche s'inscrit souvent dans un schéma de seule perspective de mise aux normes et non de conception innovante de structure centrée sur le patient et privilégiant la gestion des flux. La culture de prise en charge traditionnelle reste dominante. Une programmation opératoire, qui ne prévoit que rarement des vacations réservées à l'ambulatoire, illustre ce constat.

L'histoire montre que l'augmentation des places en structure intégrée fut et reste très lente, à l'inverse de la plupart des pays. Les centres qui se sont agrandis en France l'ont souvent été à la suite de fusions d'établissements dans le secteur privé, par cumul d'autorisations. Rares sont donc les établissements qui disposent de plus de 30 à 50 places. Les aides du type "Hôpital 2007" montrent que, même en cas de construction ex nihilo d'un établissement, les décideurs ont du mal à sortir de la culture traditionnelle et n'intègrent pas que le futur de leur activité se fera à 80 % en ambulatoire. L'architecture ne traduit pas cette anticipation stratégique.

Les autres centres (autonomes, satellites et indépendants) sont l'illustration des différentes théories d'organisation basées sur la nécessité d'isoler dans une organisation une masse d'activité à spécificité identique lorsqu'elle devient prépondérante. C'est sur la base de ce principe que les centres intégrés ont perdu du terrain face aux autres centres dans de nombreux pays qui ont vu leur chirurgie ambulatoire se développer. Du centre autonome au centre indépendant, le modèle progresse vers une plus grande « simplification » ou « purification » de la structure.

LES CENTRES AUTONOMES

L'inconvénient est lié au coût d'installation de ce bloc dédié et aux contraintes de conception parfois importantes d'une unité spécifique dans une structure déjà existante.

Leurs avantages sont :

- ✚ meilleur fonctionnement du bloc et coût de fonctionnement moindre qu'un centre intégré,
- ✚ mutualisation possible des services transversaux (consultations, radiologie, laboratoires d'analyse...),
- ✚ utilisation plus fluide pour les opérateurs leur apportant des conditions optimales d'exercice conjuguée avec une attractivité importante pour les patients,
- ✚ absorption plus rapide, car plus facile, de l'augmentation des flux.

Ce schéma est basé sur une recherche de maîtrise de l'organisation spécifique de l'ambulatoire et devient, à terme, un moteur.

LES CENTRES SATELLITES

Leurs avantages sont :

- ✚ le coût de fonctionnement faisant l'objet d'un budget facilement isolable en coûts directs,
- ✚ toutes les innovations possibles sans restriction au moment de sa création, si la construction est nouvelle,
- ✚ l'autonomie des règles de fonctionnement plus facile à mettre en œuvre et à faire respecter.

Ce schéma est plutôt réservé à la construction d'une structure neuve. C'est celui qui a parfois été adopté par des structures n'ayant pas de gros soucis d'investissements, car cela leur permettait de faire du « neuf » en échappant aux problèmes d'une restructuration de l'existant.

Du point de vue du concept, la structure satellite apparaît comme un modèle plus achevé que celui de la structure autonome. Mais c'est un modèle qui reste coûteux en l'absence de restructuration.

LES CENTRES INDEPENDANTS OU FREE STANDING CENTERS

En France on les a souvent appelé à tort des centres "autonomes" mais, c'était pour bien marquer que leur "indépendance" n'excluait en rien l'organisation de la continuité des soins et l'existence de convention de repli en cas de nécessité d'hospitalisation. Plus récemment, pour échapper aux risques de ces débats sémantiques, parfois un peu instrumentalisés, certains ont promu une appellation de type "centres hyper spécialisés".

En fait, la totale maîtrise de leur organisation par ces centres est facilitée par une situation physique clairement séparée de tout autre établissement de santé. On pourrait affiner en distinguant leur appartenance ou non à une entité juridique de type groupe et en distinguant là encore la plus ou moins grande souplesse laissée en termes d'organisation.

L'étude de ces centres dénombre plusieurs avantages :

- ✚ L'incidence comportementale est plus facile à maîtriser. Il n'y a pas de pollution mutuelle entre les deux modes de prise en charge ambulatoire et traditionnelle. Il est plus facile de créer une organisation que de la réformer. L'historique ne perturbe pas le décollage,
- ✚ La maturité fonctionnelle est acquise plus rapidement. La construction et la mise en fonctionnement de ces centres ne se font qu'après l'élaboration complète du projet médical sur la base d'une étude de marché. Le centre ne peut pas se mettre dans une position de soumission aux flux. Il doit impérativement les maîtriser et même les anticiper,
- ✚ Les différentes fonctions de l'organisation (direction, financier, sécurité, ressources humaines, communication) s'articulent plus facilement dès lors que les circuits sont courts et peu pollués par des activités statiques d'hospitalisation,
- ✚ Les coûts d'acquisition sont accessibles. Les coûts de fonctionnement sont plus aisément contrôlables,
- ✚ Ils s'adaptent parfaitement aux « niches » de spécialités.

Par contre, ils semblent « s'user » plus vite qu'une structure d'hospitalisation traditionnelle. Il faut prévoir des temps d'amortissement plus courts et plus adaptables aux évolutions des besoins. Un centre indépendant reste très vulnérable face aux éventuels accidents. Il devra être irréprochable en termes d'analyse et de maîtrise des risques.

A l'inverse des centres satellites, le modèle doit être achevé dès son ouverture, sans le filet protecteur d'une structure mère.

Ce modèle apparaît plus comme une logique d'opérateur/entrepreneur que celle de groupe financier.

Si, face à une situation particulière, le « modèle » de centre indépendant n'est pas toujours le meilleur, il est assurément le plus « pur », celui qui permet la meilleure adaptation aux choix organisationnels faits pour développer la chirurgie ambulatoire.

Le principe du fast track ou shunt ou raccourci est d'optimiser le séjour chirurgical d'un patient dans la structure en le limitant au strict indispensable.

Le débat sur le fast-tracking conduit à :

- ✚ une réflexion basée sur une approche générale d'une organisation optimisée par la mise en place d'un shunt
- ✚ l'illustration de sa mise en œuvre dans le cadre de la surveillance anesthésique par l'expérience retrouvée dans plusieurs pays qui shuntent la Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI).

APPROCHE GENERALE DU FAST TRACKING ET/OU DU SHUNT

Le terme anglais **fast track** est couramment utilisé dans les services de chirurgie anglo-saxons et scandinaves. Il traduit le principe du raccourci ou du shunt dans une durée et/ou dans un circuit pré-établi.

Quelles sont les raisons qui ont poussé les organisations chirurgicales à utiliser des raccourcis ?

Pour des raisons variées, chaque équipe établit, pour un patient donné, un niveau et un temps d'utilisation des moyens médico-techniques tels la salle d'opération, la SSPI, le service d'hospitalisation... L'attribution de ces moyens et de ce temps est très disparate selon les équipes. Le plus souvent, par souci de simplification dans un environnement traditionnellement conservateur, les organisations ont favorisé la culture de l'uniformité basée sur la référence de la procédure la plus lourde et la moins fréquente, référence qui s'applique ensuite à toutes les autres. Avec le développement des techniques, des moyens surdimensionnés apparaissent attribuer à des patients qui n'en ont pas un réel besoin.

Plusieurs exemples illustrent ce constat. Les services d'ophtalmologie spécialisés sur le segment postérieur de l'œil, qui requiert des durées de prise en charge longues, ont tendance à traiter de la même manière les patients atteints du segment antérieur, alors qu'il requiert des durées de prise en charge très courtes. Un service de chirurgie vasculaire va utiliser les mêmes moyens techniques et les mêmes circuits indifféremment pour des pontages artériels et des cures de varices.

La réglementation n'échappe pas à ce manque d'adaptation puisqu'elle impose le passage obligatoire en SSPI de tous les patients opérés, y compris ceux qui répondent déjà à tous les tests de réveil en salle d'opération.

Dans un souci d'adaptation des besoins aux moyens, plusieurs équipes ont revu tous les chemins cliniques pour les adapter aux patients systématiquement évalués. Le résultat, à l'échelle d'un service ou d'un établissement, est une diminution significative des durées de prise en charge et des moyens y afférant.

Au regard de la chirurgie d'hospitalisation traditionnelle, la chirurgie ambulatoire est elle même un fast track.

Les équipes scandinaves n'hésitent pas à personnaliser à l'extrême la prise en charge estimant que, sauf exception, tous les patients relèvent avant tout d'une seule journée d'hospitalisation y compris pour des interventions considérées comme lourdes (arthroplastie de hanche par voie antérieure). La prolongation du séjour est décidée a posteriori le soir de la première journée. Jamais a priori. Cette approche traduit une chirurgie de raccourci (fast track surgery).

Le principe est également en vigueur dans les cabinets d'architecture spécialisés dans la conception des blocs opératoires qui prévoient des circuits longs et des circuits courts selon le patient traité.

Le fast track, le raccourci, le shunt est bien un principe qui s'adapte parfaitement au concept ambulatoire en imposant l'évaluation préalable du patient pour lui appliquer les justes moyens à ses besoins.

ILLUSTRATION : FAUT-IL SHUNTER LA SSPI ?

Ce principe du raccourci est applicable dans le circuit du patient au bloc opératoire particulièrement lors de son passage éventuel en SSPI que l'on appelle alors communément en France le « fast tracking ».

Certains modes d'anesthésie posent la question de l'utilité d'un passage obligatoire en salle de réveil, dès lors que tous les critères de sortie de la SSPI sont déjà atteints à la sortie de la salle d'opération, la salle d'opération ayant joué le rôle de SSPI.

La réglementation française apporte une confusion entre l'objectif et les moyens. En effet, le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la sécurité anesthésique pose à la fois :

- ✚ l'objectif : « ... *la surveillance continue postinterventionnelle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique* » [CSP Article D 6124-97]
- ✚ et le moyen : « ... *la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en œuvre dans une salle de surveillance postinterventionnelle* » [CSP Article D 6124-98]

L'application du fast-tracking en anesthésie dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire garantit néanmoins :

- ✚ la sécurité du patient : de ce point de vue, le « réveil » du patient tel qu'il est défini par l'article D 6124-97 du CSP peut être réalisé et constaté dès la sortie de la salle d'opération dont l'environnement sécuritaire n'est en rien dégradé par rapport aux attendus relatifs à la SSPI tels qu'ils sont énoncés par l'article D 6124-99 du CSP. Le médecin anesthésiste-réanimateur qui décide du transfert en salle de repos, sans passer par la SSPI, doit pouvoir justifier sa décision par une évaluation du « réveil » fondée sur des critères ou un score de sortie de SSPI et en assurer la traçabilité.
- ✚ la qualité des soins car le fast-tracking soutient la standardisation des pratiques, notamment en termes de prévention et de prise en charge de la douleur et des nausées et vomissements, mais aussi en évitant au patient de séjourner dans une structure inappropriée à son état, ce qui peut être anxiogène.
- ✚ l'optimisation de l'organisation car il libère la SSPI de séjours inutiles, voire permet plusieurs passages quotidiens dans une même place.

En guise de conclusion, le fast-track shuntant la SSPI n'est pas là pour faire sortir le patient plus vite, mais doit conduire à faire sortir le patient au juste moment par le passage :

- ✚ **d'une pratique habituelle « révolue », car fondée sur les seuls critères de sortie temps-dépendants,**
- ✚ **à une pratique fondée sur des critères objectifs d'évaluation.**

Fiche n° 8

Bloc opératoire dédié ou partagé

Selon la définition des types de centre, un bloc partagé est l'unique caractéristique d'un centre ambulatoire intégré alors que le bloc dédié relève d'une unité de chirurgie ambulatoire autonome ou satellite ou indépendant (cf. fiches n° 6 et 9)

La définition de la chirurgie ambulatoire est avant tout un concept d'organisation. **Il y a deux manières de prendre en charge un patient (ambulatoire et traditionnelle) mais il n'y a qu'une seule façon d'opérer ce patient.** Il faut donc forcément que l'organisation de la prise en charge ambulatoire soit bien définie, y compris dans le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle.

La réglementation, qui prévoit que seuls l'accueil et la zone de repos doivent être distincts de la chirurgie traditionnelle, ne fait que résumer les exigences en termes de bonnes pratiques. Dans tous les cas, il faut une organisation consensuelle, une chartre des comportements, un chef d'orchestre et un planning respecté. En conséquence, rien ne permet de s'exonérer d'une approche organisationnelle spécifique.

Le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle peuvent donc être communs pour les deux modes de prise en charge, mais le circuit ambulatoire doit être clairement identifié avec un arbitrage qui doit prendre en compte à la fois les exigences qualitatives, sécuritaires et les exigences en termes de productivité et d'économie. Cette démarche est d'autant plus difficile que les flux sont importants et variés (flux logistiques, patients, brancardiers, chirurgiens, anesthésistes...).

Ainsi dans les établissements, qui ont développé une forte activité ambulatoire dépassant l'activité de chirurgie traditionnelle, un circuit autonome/satellite doit nécessairement s'organiser tant ces deux modes de prise en charge se polluent l'un l'autre. L'aboutissement de la réflexion peut imposer que des salles, voire un bloc opératoire complet, soient dédiées à l'ambulatoire dès lors qu'une activité ou un groupe d'activités ont des volumes suffisamment importants pour permettre un équilibre en termes de gestion (financier, personnel..).

Les établissements sont alors confrontés à deux difficultés :

- ✚ Structure fixée/figée qui n'a pas la capacité à évoluer dans le temps : la souplesse et la modularité des structures permettent de répondre à l'évolution de la répartition de l'activité entre le traditionnel et l'ambulatoire,
- ✚ Résistance au changement, tant le circuit traditionnel est toujours considéré comme le mode de fonctionnement habituel.

Les textes réglementaires de 1992 ont favorisé en France le développement des structures intégrées (Bloc et SSPI communs avec la chirurgie traditionnelle), jugées au départ moins coûteuses en moyens que les structures autonomes ou satellites (bloc et SSPI dédiés). Ce choix pouvait paraître adapté au paysage français composé d'une majorité de petites unités de chirurgie ambulatoire qui ne dépassaient pas 5 à 6 places. Ce choix a probablement été un frein au développement de l'ambulatoire dès lors que la prise en charge traditionnelle ne cédait en rien ses prérogatives. Cette cohabitation, non miscible, aurait tendance à générer des coûts de fonctionnement plus élevés dans les gros établissements.

Une meilleure connaissance des structures spécialisées ne pratiquant que l'hospitalisation ambulatoire devrait aider les promoteurs à s'approprier une démarche plus innovante allant vers une indépendance totale de l'unité de chirurgie ambulatoire, y compris dans les structures mixtes qui réaliseront des blocs principaux autour du concept ambulatoire accordant une place moindre au bloc traditionnel.

Fiche n° 9

Centres indépendants ou spécialisés en hospitalisation ambulatoire et impact sur le paysage sanitaire

Il est probable que l'autorisation de ces centres indépendants (« free standing centers ») ou spécialisés en hospitalisation ambulatoire en France donnera lieu à des modifications très profondes dans le paysage sanitaire français.

Un centre spécialisé en hospitalisation ambulatoire est un établissement de soins chirurgicaux ambulatoires, qui ne dispose pas de capacités d'hébergement. La création de facto n'est pas à ce jour autorisée en France. Il est néanmoins réalisable après suppression par un établissement de santé de tous ses lits d'hospitalisation traditionnelle dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Le centre spécialisé en hospitalisation ambulatoire conclut une convention avec un établissement disposant d'hébergement pour répondre à une éventuelle hospitalisation.

Ces centres sont fréquents voire dominants dans quasiment tous les pays qui se sont dotés de moyens ambulatoires importants, plus particulièrement aux USA, en Angleterre, en Allemagne et en Australie. Ils sont le plus souvent mono disciplinaires bien que de nombreux centres polyvalents ont démontré la pertinence de leur modèle. Aux USA, les « freestanding centers » ont suivi une augmentation exponentielle de leur nombre depuis 25 ans avec des parts de marché chirurgicales qui sont passées de 1 à 20 %⁹.

Trois raisons fondamentales ont été à l'origine de leur développement :

- ✚ La volonté d'échapper de la complexité "bureaucratique" hospitalière et de retrouver une capacité d'innovation,
- ✚ La spécificité des disciplines qui disposent d'un grand volume d'activité. Les ophtalmologistes et les chirurgiens de la main ont été les précurseurs de ce type de centres qui s'est progressivement étoffé en y intégrant au fil du temps d'autres spécialités présentant des capacités importantes de standardisation et de modélisation,
- ✚ Le choix de l'emplacement le plus favorable au développement. C'est ainsi qu'on voit aux USA de grands hôpitaux universitaires construire un centre indépendant aux portes d'un concurrent pour développer leur part de marché.

Ces centres constituent une concurrence d'autant plus redoutable avec les établissements traditionnels, que ceux-ci sont fragiles ou porteurs d'un potentiel ambulatoire auquel ils n'ont pas répondu. Six médecins ophtalmologiques peuvent concevoir un centre spécialisé en hospitalisation ambulatoire viable, répondant aux critères réglementaires de sécurité. Il sera mortifère pour l'établissement traditionnel qui les abrite.

La monodisciplinarité caractérise le plus souvent ces centres. On peut donc s'interroger sur la condition de volume minimal d'activité retenue par le Conseil National de la Chirurgie¹⁰, à savoir un volume d'activité supérieur à 3000 actes par an pour un établissement développant une prise en charge ambulatoire exclusive. Cette condition intéresse plutôt les centres pluridisciplinaires.

La littérature indique qu'en moyenne il s'agit des structures les plus sûres, les plus productives, et procurant le plus haut niveau de qualité. La "spécialisation" faciliterait ce niveau de performance.

⁹ Entre 1981 et 2005, les prises en charge traditionnelle ont diminué de 80 à 18% entre 1981 et 2005 et les prises en charge dans les centres indépendants ont augmenté de 1 à 18% (source AHA and William Blair & Co)

¹⁰ rapport du CNC du 29 et 30 septembre 2006 www.cnchirurgie.fr

C'est la raison pour laquelle, la Région Veneto en Italie, par exemple, a décidé de privilégier le développement de tels centres et de prendre à sa charge les inévitables reconversions des structures traditionnelles. C'est bien cette dernière considération et la domination de la tradition de la régulation par l'offre qui ont justifié l'interdiction de tels centres en France (sauf quelques pionniers existant déjà en 1992 lors de la procédure de reconnaissance initiale et quelques très rares cas depuis).

Aujourd'hui, la création de novo de ces centres n'est en principe pas autorisée en France. A part une exception (Centre de chirurgie ambulatoire des Hauts d'Avignon), la culture traditionnelle n'a pas permis non plus d'initiatives de restructuration allant dans ce sens en provenance d'établissements ou de groupes d'établissements déjà existants, ni dans le public, ni dans le privé.

Dans des contextes très différents, l'histoire a démontré aux USA et en Allemagne le lien fort entre l'important développement de l'ambulatoire et l'évolution des organisations vers l'indépendance.

Les projets de décrets sur les conditions d'implantation et sur les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie donneront la possibilité d'autorisation exclusive à la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'une orientation nouvelle et importante.

Il faut absolument différencier ces centres hyperspécialisés qui ont statut d'établissements de santé et qui en assurent toutes les fonctions en termes de maîtrise des risques, avec des extensions des cabinets médicaux (« office based surgery »). Ces extensions se sont développées dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis mais, d'après les études publiées jusqu'à présent, elles présentent des risques non négligeables en termes de dégradation de la qualité des soins. Ainsi, les trois premiers présidents de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) ont déclaré dans un éditorial en 2000 : « *Un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équivalent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire indépendant.* »¹¹

¹¹ PEM Jarrett, De Lathouwer, TW Ogg, "the time has come to promote true day surgery", Elsevier, Ambulatory Surgery 8 (2000), 163-164

Fiche n° 10

Seuil d'activité, potentiel et structure

Concevoir des moyens est facile, les justifier par des besoins clairement définis est plus difficile.

La période actuelle est active en restructuration et en modernisation des établissements de soins chirurgicaux. Plus que jamais, l'accent est mis sur la recherche d'une bonne adéquation entre les besoins populationnels et la capacité de les prendre en charge. En effet, les décideurs qui comptent développer les activités nécessaires et suffisantes pour atteindre des objectifs visés, sont invités à établir préalablement un plan d'actions et de moyens sur la base d'études prospectives utilisant la documentation la plus récente.

COMMENT CONNAITRE LES BESOINS ?

Au regard du champ ambulatoire évalué, entre autres, par l'Observatoire National de la chirurgie ambulatoire de la CNAMTS, 6 millions d'interventions chirurgicales sont potentiellement éligibles à ce mode de prise en charge. Or, le parc français plafonne à 9172 places installées (source SAE 2004) et 9885 places autorisées (source BERF 2004). En considérant le chiffre de 200 patients par place et par an (cf. infra-), il en faudrait donc près de trois fois plus pour répondre aux besoins, avec comme conséquence un redéploiement correspondant pour les lits d'hospitalisation complète. Un travail préliminaire doit être fait par les décideurs pour analyser et connaître les besoins du territoire, les segments d'activité chirurgicale à développer, les flux des patients.... Ce travail servira d'argumentaires aux négociations contractuelles et peut s'appuyer notamment sur :

- ✚ Les SROS et les travaux régionaux,
- ✚ Les enquêtes nationales et internationales,
- ✚ Les études épidémiologiques,
- ✚ Les travaux de l'Observatoire National de la chirurgie ambulatoire et la MMH T2A de la CNAMTS,
- ✚ Les expertises (DREES.....)....

LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE S'ACCOMPAGNE-IL D'UNE DIMINUTION DES LITS D'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE ?

Corrigée des facteurs liés à l'augmentation de l'espérance de vie, l'activité de chirurgie ambulatoire au niveau national n'est pas une activité supplémentaire mais bien la substitution d'une activité chirurgicale traditionnelle. Le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire s'accompagne donc forcément au niveau national d'une perspective de fermeture ou de redéploiement des lits chirurgicaux d'hospitalisation. Cette projection doit aussi tenir compte des besoins chirurgicaux supplémentaires liés au vieillissement de la population (estimation de 40 % de cataractes supplémentaires opérées en 2020¹²...).

Mais cette perspective de diminution des lits d'hospitalisation au niveau national doit s'envisager à l'aune de deux éléments :

- ✚ un redéploiement des moyens au niveau régional des structures de faible activité vers les structures de forte activité chirurgicale en tenant compte de la nécessité du maintien d'une accessibilité aux soins,
- ✚ une amélioration de l'organisation de la structure chirurgicale résultante d'un développement de l'ambulatoire.

En effet, au niveau d'une structure, la chirurgie ambulatoire améliore son organisation suivant 4 axes :

- ✚ optimisation de l'organisation de ses plateaux techniques,

¹² La démographie en ophtalmologie 2000-2020 rapport CNAMTS 24 septembre 2003

- ✚ redéploiement du personnel vers une activité sans contrainte de gardes de nuit et de week end,
- ✚ genèse d'économies sur ses coûts de fonctionnement,
- ✚ dégagement de marges de manœuvre au niveau des lits d'hospitalisation : diminution des délais d'hospitalisation dans la mesure où on libère des lits de chirurgie pour répondre à une activité chirurgicale plus lourde.

Il apparaît donc nécessaire pour une structure d'envisager une démarche stratégique basée à la fois sur l'augmentation de l'activité chirurgicale, le dynamisme, l'attractivité et l'augmentation des parts de marché chirurgicales¹³ qui résultent du développement de l'ambulatoire et qui lui permettront de prendre en charge demain 80% de l'activité chirurgicale¹⁴.

La substitution n'est donc pas une autre forme de taux de change. Il s'agit d'un plan marketing tel que toute structure économique se doit d'établir.

La décision finale est la synthèse d'une chaîne, de la tutelle au financeur, du régulateur au promoteur qui s'engage à répondre, pour aujourd'hui et demain, aux besoins sanitaires d'un lieu défini.

EXISTE-IL UN MODE OPERATOIRE POUR EVALUER LES CAPACITES ?

La réflexion répond au passage d'une logique d'attribution purement administrative vers une logique davantage basée sur la régulation médico-économique qui permet seule l'évaluation des capacités nécessaires. Dans cette logique, l'évaluation de la capacité des deux modes de prise en charge (ambulatoire et hospitalisation) doit être effectuée concomitamment.

La démarche comporte trois phases successives :

- ✚ **1^{ère} phase : constitution de l'étalon de mesure**
La constitution de l'unité de mesure permettra l'évaluation du nombre de patients pris en charge par place installée et par an.

Ce nombre est variable, car dépendant de l'état des patients, du type d'intervention, de la qualification des opérateurs, de l'organisation mise en place, de la configuration architecturale, du type d'établissement et de son site...

Le turn-over des patients dans une place d'ambulatoire impacte la constitution de l'étalon de mesure qui doit donc être adapté. Les exemples peuvent être donnés d'une prise en charge optimale d'une cataracte (séjour proche de 2 heures), d'une amygdalectomie chez un enfant (proche de 6 heures d'après les recommandations cf. fiche n°22) ou d'une hernie inguinale (proche de 6 heures).

En l'absence d'un étalon individualisé, on peut proposer le nombre de 200 patients par place par an. Il correspond à 200 jours ouvrables lorsque sont déduits les dimanches, jours fériés et vacances. Ce chiffre de 200 est facile à comprendre et à mettre en œuvre. Il est néanmoins considéré comme un seuil minimal en dessous duquel le taux d'occupation ne serait pas réaliste. Peu contraignant, ce chiffre permet de répondre autant à l'augmentation inéluctable de l'activité ambulatoire au début de son développement qu'à l'ajustement indispensable aux variations de flux. Ainsi 10 places ambulatoires permettent de prendre en charge sans problème 2000 patients par an. Ce chiffre de 200 n'est en aucun cas une norme, mais le chiffre minimal. Il apparaît dès lors vite inadapté lorsque l'activité ambulatoire est en croissance ou se spécialise sur certains segments d'activité (ophtalmologie...).

¹³ Evolution des parts de marché de la chirurgie « classique » dans 20 régions entre 1999 et 2001, réalités et perspectives, CNAMTS, 2004, www.ameli.fr

¹⁴ Aux USA et au Canada, 90% de toute la chirurgie est pratiquée en chirurgie ambulatoire. "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

✚ 2^{ème} phase : évaluation du nombre de places installables

Le nombre de places à installer est le résultat :

- de l'addition du potentiel ambulatoire interne (patients hospitalisés en traditionnel et qui sont éligibles à l'ambulatoire),
- de l'addition du potentiel ambulatoire externe (traduction du déplacement d'activité et de parts de marché vers la structure estimée plus attractive que la concurrence),
- de la soustraction de l'activité correspondant aux patients ambulatoires constatés,
- de l'addition éventuelle des besoins chirurgicaux supplémentaires liés au vieillissement de la population (cataractes, carpien, varices...).

Ainsi, une unité qui dénombre 1000 patients ambulatoires réalisés et un potentiel ambulatoire interne de 600 patients soit un total de 1600 patients nécessite 8 places au maximum (8*200 patients/an/place). Auquel il faut ajouter le potentiel externe espéré, sachant qu'il sera différent selon le territoire couvert par la structure.

Concomitamment, il faudrait s'assurer d'une certaine flexibilité des lits d'hospitalisation traditionnelle en fermant provisoirement ceux correspondant au potentiel interne substitué, quitte à les rouvrir secondairement dès lors que l'effet d'attractivité des patients vers une structure plus efficiente et reconnue s'exercera pleinement par le recrutement supplémentaire d'une activité chirurgicale plus lourde.

✚ 3^{ème} phase : évaluation de la viabilité de la structure ambulatoire

L'évaluation du seuil d'activité minimale pour rendre viable une unité de chirurgie ambulatoire n'est pas simple et dépend de plusieurs facteurs :

- **La réponse aux besoins sanitaires.** La problématique est différente selon l'état du marché, entre un établissement en position monopolistique et plusieurs sites chirurgicaux avec fractionnement des parts de marché chirurgicales. Ainsi le fractionnement en petites unités de faible activité chirurgicale avec un case mix large (exemple 3 unités de chirurgie ambulatoire de 5 places installées avec une prise en charge de toutes les spécialités) fige le fonctionnement de l'ensemble en augmentant les coûts de fonctionnement de chacun, les rendant fragiles et peu viables. Il suffit qu'une de ces structures dispose d'une organisation qui absorbe le potentiel interne des deux autres, pour qu'elle devienne viable avec une position dominante,
- **La répartition entre les volumes ambulatoires et traditionnels.** Le rapport entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie d'hospitalisation est de l'ordre de 80/20. Une structure dont le rapport serait de 40/60 perdrait en efficacité. Le seuil de viabilité est donc d'autant plus important que la chirurgie traditionnelle est dominante,
- **L'étendue du case mix.** Plus la structure est polyvalente, plus le nombre de patients traités pour une pathologie donnée est faible et plus le nombre de places doit être élevé. Plus l'établissement est monodisciplinaire, plus le nombre de patients traités pour une pathologie donnée est important et moins il faut de places pour être viable. Une unité de chirurgie ambulatoire dédiée à la chirurgie de la main ou au traitement de la cataracte peut se réduire à 6 ou 7 places alors qu'une unité répondant aux besoins de plusieurs spécialités (arthroscopie, chirurgie de la hernie, amygdalectomie, chirurgie infantile...) devrait dépasser 20 places,
- **La finesse du plan marketing.** Plus les études épidémiologiques d'évolution de population et de taux d'attractivité et de fuite auront été prises en compte, plus l'adéquation avec le coût d'acquisition et de fonctionnement de la structure sera réalisée et plus le seuil minimal d'activité nécessaire sera ciblé.

Il est donc impossible d'établir une « formule magique » pour évaluer les capacités nécessaires tant le seuil d'activité minimale peut être variable selon les situations ce qui démontre qu'un kit opposable, souhaité par certains et applicable à toutes les structures, est illusoire.

Durée d'ouverture des structures et durée de séjour des patients

Le débat porte à la fois sur la durée d'ouverture des structures ambulatoires et la durée de séjour des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire. Ces deux approches peuvent apparaître contradictoires.

L'article D.6124-301 du code de Santé Publique (décret de 1992) introduit une approche par **la durée d'ouverture des structures**. Ce texte définit les conditions techniques de fonctionnement des structures ambulatoires : « *Elles dispensent sur une durée d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge* ».

Les heures d'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire définies par le code sont toutes à la fois strictes/contraignantes et incitatives de sécurité/modifications des organisations traditionnelles. Il faut effectivement que toutes les phases du circuit du patient entrent dans l'espace temps des 12 heures, ce qui apporte une optimisation du temps passé dans la structure, mais qui peut aussi constituer un frein au développement de l'ambulatoire. En effet, cette durée maximale d'ouverture de la structure peut interdire la prise en charge d'un patient ambulatoire après 16 heures (exemple d'un patient pris en charge en chirurgie ambulatoire après ses heures de travail). Elle a forcément des répercussions sur le programme du bloc opératoire. En effet, dans le cas d'un bloc commun ou d'un même opérateur, les patients ambulatoires, dont on sait que le nombre sera croissant, sont prioritairement programmés le matin pour les faire entrer dans la parenthèse des 12 heures. L'agencement traditionnel est alors fortement perturbé, déplaçant les interventions lourdes du matin vers la fin de matinée et le début d'après midi. Pour palier à ce déplacement forcé, les opérateurs ont tendance à intercaler les patients ambulatoires entre les patients relevant de la chirurgie traditionnelle interdisant de fait l'indépendance recommandée des circuits.

Il faut noter que le texte n'impose pas une ouverture continue dans la semaine voire dans la journée. Rien ne s'oppose donc à morceler l'activité afin de répondre à des logiques aussi diverses que celles des patients ou des accompagnants plutôt libres après leur temps de travail, des opérateurs et des intervenants à disponibilité réduite, des gestionnaires voulant optimiser leurs moyens. Le règlement intérieur doit définir l'organisation adoptée ainsi que les procédures qui en dépendent.

L'article D 6124-302 précise qu'au cours de la durée d'ouverture mentionnée à l'article D 6124-301, les locaux affectés à l'accueil et au repos de la structure ambulatoire ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité. Cette mesure souligne certes l'exclusivité de la structure d'accueil et de surveillance au cours de son utilisation ambulatoire prévue au règlement intérieur, mais elle n'exclut pas une autre activité en dehors des heures d'ouverture.

La durée d'ouverture entre bien dans le concept d'organisation mis en place dans la structure concernée. Elle n'exonère pas pour autant, de la permanence des soins tel que l'article D 6124-304 le mentionne : « *Les structures de soins sont tenues d'organiser la permanence des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés* ».

Les projets de décrets sur les conditions d'implantation à l'activité de soins de chirurgie et sur les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie ne semblent plus fixer des durées maximales d'ouverture des structures. Ils donneraient une liberté d'organisation qui favoriserait l'optimisation des moyens.

Parallèlement, les projets de décrets introduisent une approche par **la durée de prise en charge des patients, elle aussi fixée à 12 heures** « *la chirurgie ambulatoire comprend des soins chirurgicaux qui nécessitent le recours à un secteur opératoire et pour des patients dont le séjour est mis en œuvre sur*

une durée inférieure ou égale à 12 heures dans des conditions incluant une organisation spécifique qui permettent au patient de rejoindre sa résidence le jour même de son admission ».

Il est nécessaire de rappeler les principes du concept ambulatoire :

- ✚ Référence au « working day » (cf fiche n°18)
- ✚ Se prémunir de la nuit d'hospitalisation
- ✚ Se prémunir de l'amalgame avec les urgences
- ✚ Être conforme aux critères de qualité et de sécurité
- ✚ Laisser à la structure la liberté d'organisation.

Ce préalable bien compris, les avantages et les effets pervers d'une prolongation de la durée de séjour peuvent être discutés et illustrés par trois exemples assez fréquents :

- ✚ Un patient entré à 8 heures pour une intervention chirurgicale insuffisamment standardisée, ce qui peut se produire au cours des protocoles « lourds » (chirurgie de la thyroïde ...), peut ne pas être apte à la sortie à 20 heures. Une sortie repoussée nuitamment avant minuit est-elle sans risques ? Ne faut-il pas plutôt prévoir une hospitalisation traditionnelle ?
- ✚ Une urgence entrée entre 0 heures et 8 heures et gardée dans l'établissement (service d'accueil des urgences), peut être programmée vers 15 heures et sortir avant 20 heures. Sachant que la bonne gestion des ressources impose que l'unité de chirurgie ambulatoire ne peut pas être ouverte 24 heures sur 24, la prise en charge d'un tel patient relève-t-elle des urgences ou de la chirurgie ambulatoire ? La réponse est à la croisée du réglementaire et du respect des plannings de bloc opératoire.
- ✚ A l'inverse, une entrée de jour par les urgences, peut parfaitement être programmée vers 18 heures et sortir après 20 heures. Ce cas de figure est fréquent dans les centres répondant à SOS main.

Le prolongement de la durée de séjour au-delà des 12 heures pourrait avoir pour effet de favoriser dans les établissements dont le flux des urgences est important, la confusion entre prise en charge des urgences et prise en charge programmée.

Au total, faire « sauter » toute limitation d'ouverture des structures est gage d'optimisation. La question de la durée limitative à 12 heures d'hospitalisation du patient en ambulatoire est probablement une bonne précaution pour s'assurer qu'il n'y a « sommeil » dans la structure ni avant ni après la prise en charge opératoire (cf. fiche n°18).

Identification, statut et reconnaissance du médecin coordonnateur

La fonction du médecin coordonnateur est définie réglementairement, il doit mettre en œuvre le règlement de fonctionnement de l'unité et s'assurer que tous les acteurs l'appliquent.

Mais cette notion de médecin coordonnateur est apparue dans les décrets relatifs aux alternatives à l'hospitalisation intégrant, entre autres, la chirurgie ambulatoire, la rééducation fonctionnelle et l'hospitalisation à domicile. En fait, son profil dans le texte s'apparente plus à celui d'un responsable de centre de rééducation fonctionnelle. Dans le cadre d'une unité de chirurgie, la définition de ses responsabilités et de son champ de compétence est spécifique. Il doit néanmoins, dans le texte, être différencié du médecin qualifié et du médecin anesthésiste présent dans la structure.

L'application du décret a engendré plusieurs schémas d'organisations :

- ✚ dans certaines structures, particulièrement dans le secteur public, le médecin coordonnateur s'octroie des pouvoirs d'organisation qui peuvent l'assimiler à ceux d'un chef de service ou d'un chef de bloc.
- ✚ dans d'autres structures, particulièrement dans le secteur libéral, il participe à l'élaboration du règlement intérieur avec le chef d'établissement. Sa responsabilité s'arrête souvent au constat de ce règlement et parfois à son application. Dans ce cas, il n'a aucun pouvoir décisionnel ni en matière de gestion du personnel, ni en matière de gestion des flux. Il « vérifie » et donne un « avis » technique.
- ✚ dans de nombreuses structures, le médecin coordonnateur, même s'il est nommé, n'a pas de rôle effectif.

Dans tous les cas, il a été constaté lors de l'enquête « freins et leviers »¹⁵ de l'assurance maladie que la fonction transversale de coordonnateur apparaissait dévalorisée au regard de la fonction traditionnelle de soins, comme en témoignaient les difficultés d'identifier les coordonnateurs lors de la conduite de l'enquête sur le terrain et, dans le cas de leur identification, l'impossibilité de connaître leur date de désignation. Beaucoup d'unités ne possèdent toujours pas de règlement intérieur.

Nul ne conteste la nécessité d'une coordination des acteurs dans l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Mais les questions se posent de savoir qui doit assurer cette fonction et quelle doit être sa place dans l'organigramme de la structure :

- ✚ Un médecin. La difficulté sera alors la maîtrise d'une fonction qui relève plus de la gestion des flux que de l'action médicale.
- ✚ Un représentant de l'administration. La difficulté sera alors celle de sa compréhension des impératifs médicaux.
- ✚ Une infirmière. Ce choix impose que sa fonction soit clairement identifiée sur l'organigramme
- ✚ Un ingénieur en organisation. La difficulté sera alors la conquête de sa légitimité en particulier auprès du corps médical.

Dans tous les cas, la réalité de cette fonction justifie une reconnaissance qui doit passer entre autres par une rémunération spécifique et adaptée.

En Grande Bretagne, le champ des fonctions dévolues aux nurses, plus large qu'en France, ainsi qu'une politique plus avancée des transferts de compétences, permettent à celles-ci de coordonner et souvent de diriger efficacement des centres ambulatoires.

¹⁵ CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Freins et leviers : enquête d'opinion auprès des professionnels d'établissements de santé en 2001" Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003

Aux USA, c'est l'administration de la structure qui se charge de la gestion des différents flux, souvent sur la base des flux financiers générés.

De nombreuses unités ambulatoires dans les pays scandinaves et en Australie ont fait le choix d'articuler deux autorités indépendantes : celle qui définit la règle de fonctionnement et celle qui se charge de la faire appliquer.

Dans tous les cas, l'identification, le statut et la reconnaissance de la fonction de coordination résultent bien de la nécessaire séparation des flux de patients entre l'ambulatoire et le traditionnel et de l'organisation spécifique de l'ambulatoire.

Fiche n° 13

Norme et qualification en matière de personnel soignant

Le nombre d'infirmières dans l'unité de chirurgie ambulatoire s'appuie sur deux textes :

✚ **Article D 6124-303 du code de la Santé Publique**

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont appréciés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au vu du dossier mentionné au 2° de l'article R. 6122-32 en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients.

Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 6124-301, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

2° D'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les soins de suite et de réadaptation, d'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou d'une infirmière ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire. »

✚ **Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique**

« Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai »

Ces deux textes apportent les commentaires suivants :

Fixer des normes numériques est moins efficient et plus facile que d'adapter les moyens aux besoins. Le Décret de 1992 portant sur les alternatives à l'hospitalisation contient dans un même texte la chirurgie ambulatoire et les établissements de soins de suite et de réadaptation dont ces derniers semblent avoir servi de modèle à l'ensemble. La rédaction du 2° de l'article D6124-303 définit spécifiquement le nombre d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes et ne semble pas véritablement adaptée à une unité de chirurgie ambulatoire.

Par contre le décret de Décembre 1994 relatif à la sécurité du patient anesthésié définit spécifiquement les besoins et l'environnement nécessaire de la pratique d'anesthésie par un anesthésiste.

Le projet de décret sur les conditions d'autorisation de l'activité de soins de chirurgie prévoit une suppression des ratios en personnel et en locaux, mais des exigences en termes de compétences professionnelles (qualifications, expériences) et de fonctions à assurer.

Définition de l'urgence et son impact en terme de programmation

La chirurgie ambulatoire est, par définition, une chirurgie programmée chez un patient sélectionné, à l'inverse d'une prise en charge de l'urgence.

Mais, en 1990, les recommandations de bonne pratique sur l'anesthésie et chirurgie ambulatoire de la SFAR incluaient la possibilité d'une prise en charge de la chirurgie d'urgence sous conditions : « *D'une façon générale il s'agit d'interventions programmées (...) Ces critères peuvent être élargis en fonction de l'expérience acquise, et notamment après évaluation des résultats à certaines urgences simples (...) De telles extensions doivent faire l'objet d'un accord préalable entre opérateur et anesthésiste* ».

Le débat porte donc sur certaines urgences (en particulier les urgences « mains ») qui pourraient faire l'objet d'une programmation semi-différée pour rentrer dans l'espace temps de la durée limitative des 12 heures d'hospitalisation du patient en ambulatoire.

La réflexion doit nécessairement intégrer la recherche des conditions indispensables pour prendre en charge des urgences simples sans être attentatoire aux conditions de sélection du patient ou d'organisation du programme opératoire.

Les conditions nécessaires pourraient se baser sur les éléments suivants :

- ✚ Gestion dans un temps réduit, d'une succession d'étapes de prise en charge (*pré- , per- et postopératoires*) en s'assurant du respect des bonnes pratiques anesthésiques et chirurgicales,
- ✚ Organiser les modalités de programmation prenant en compte les différents flux de patients,
- ✚ S'assurer du respect des conditions de sécurité.

Certaines urgences pourraient faire l'objet d'une prise en charge en ambulatoire par certaines équipes spécialisées dans la mesure où elles ne perturberaient ni les conditions de sélection des patients, ni l'organisation du programme opératoire. Cela signifie par exemple que le planning opératoire comporte des plages réservées qui seraient destinées à prendre en charge l'arrivée d'urgences et qui seraient programmées à partir de l'analyse historique des flux.

Dans tous les cas, la chirurgie ambulatoire repose sur la sélection des patients après analyse du bénéfice risque en considérant le triptyque patient/acte/structure.

Fiche n° 15

Organisation générale de l'aval

La mise en place d'une activité chirurgicale ambulatoire suscite généralement l'interrogation sur l'organisation des soins en aval afin de sécuriser la prise en charge. Ceci fait évoquer plusieurs dispositifs diversement opérationnels actuellement : les réseaux de soins, l'HAD, les SSIAD et les hôpitaux médicalisés (cf. aussi fiche n°17).

La définition réglementaire de la chirurgie ambulatoire caractérise la prise en charge par la possibilité qui est donnée au patient de regagner « sa résidence » le jour même de son admission. « *Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours au secteur opératoire* », mais ce texte a été abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

En même temps, les structures sont tenues d'organiser la continuité des soins, en propre ou par convention.

Art. D. 6124-304 du Code de Santé Publique. - *Les structures de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.*

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 public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de 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 sortie.

Les critères de sélection pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire ont visé à identifier les patients présentant la capacité d'effectuer ce retour à leur résidence : accompagnant disponible, domicile, téléphone, compréhension. L'étude populationnelle de l'Assurance maladie (PNIR 1999/2003¹⁶) a mis en évidence que globalement plus de 85 % des patients satisfaisaient aux conditions médicales, sociales et environnementales permettant un retour et un séjour à domicile en post opératoire immédiat.

Il convient donc de distinguer, dans le suivi d'une prise en charge ambulatoire, les procédures mises en place pour assurer la continuité des soins, qui sont réglementairement et déontologiquement définies, des autres mesures susceptibles d'élever le taux d'éligibilité des patients au delà des 85 % ou de répondre à des situations très particulières qui ne concernent qu'une minorité de patients.

Il reste enfin à signaler que la chirurgie ambulatoire ne suscite pas de demande de soins particuliers en post-opératoire à domicile, dans la mesure où la sortie du patient est optimisée par rapport à une prise en charge traditionnelle. En effet, la sortie du patient est anticipée, préparée avant même son entrée dans la structure et fait partie des éléments concourant à une meilleure qualité des soins.

¹⁶ CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001 » Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003, www.ameli.fr

Fiche n° 16

Moyens pour assurer la continuité des soins en aval

Les structures sont tenues d'organiser la continuité des soins, en propre ou par convention.

Art. D. 6124-304. - *Les structures de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.*

Les structures ont développé de multiples réponses à cette exigence « *d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients* », mais toutes les réponses traitent de l'établissement de référence et de la procédure de contact.

- ✚ l'établissement de référence est celui vers lequel le patient est orienté en cas d'événement indésirable per- ou post-opératoire immédiat ou de la nécessité d'une consultation aval. Cet établissement peut ne pas être celui dont dépend la structure de chirurgie ambulatoire et, dans ce cas, faire l'objet d'une convention formalisant cette possibilité d'accueil. Certains établissements s'accordent pour la réservation systématique d'un lit d'hospitalisation ce qui au regard du très faible taux de ré hospitalisation peut sembler disproportionné dans un centre qui accueillerait aussi des urgences.
- ✚ la procédure de contact vise à permettre l'orientation médicalisée : elle consiste à mettre en contact le patient avec un médecin susceptible de décider des suites à donner. Cette procédure nécessite un signalement systématique et complet de l'événement. Les procédures sont multiples depuis la remise du numéro de portable personnel du chirurgien ou de l'anesthésiste, de celui d'un spécialiste de garde, d'un standard téléphonique jusqu'à une permanence infirmière qui trace et oriente l'appel tout en pouvant donner les réponses strictement soignantes ou des conseils pratiques. Dans tous les cas, la qualité de la prise de charge repose sur le fait que le correspondant du patient connaît le patient et les intervenants et peut donc organiser les contacts nécessaires et anticiper un éventuel accueil en hospitalisation.
- ✚ Dans tous les cas, l'organisation mise en place pour garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical est déterminante.

Les projets de décrets sur les conditions d'implantation à l'activité de soins de chirurgie et sur les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie confirment la nécessité pour la structure autorisée à pratiquer une activité chirurgicale à prendre toute mesure propre à assurer la continuité médicale des soins chirurgicaux et à l'inscrire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Fiche n° 17

Dispositifs d'aval structurés

Les trois dispositifs (HAD, réseaux de soins, hôtel médicalisé) ne s'articulent pas tous avec les prises en charge ambulatoires et n'intéressent qu'une partie **très contingente et restreinte** de cette activité.

L'**HAD** a été associée, en tant qu'alternative à l'hospitalisation, à la chirurgie ambulatoire lors de la rédaction des décrets de 1992, mais les **concepts sont radicalement différents**.

En effet, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet « *d'assurer au domicile du malade (...) des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* » (Décret no 92-1100 à 1102 du 2 octobre 1992).

L'HAD n'est donc qu'un « pseudopode » des établissements (transfert de moyens de la structure vers la « ville ») et ne change en rien l'organisation traditionnelle de la structure, à l'inverse de la chirurgie ambulatoire qui modifie l'organisation en profondeur en replaçant le patient au centre du dispositif.

L'HAD garantit au patient un suivi médicalisé à domicile dans les jours qui suivent son départ de l'établissement de soins, à la différence de la chirurgie ambulatoire. Selon la procédure de sélection des patients en vue d'une prise en charge ambulatoire, si de tels soins apparaissaient nécessaires et prévisibles en post opératoire, alors la prise en charge ambulatoire serait de fait exclue car le patient aurait besoin du niveau d'environnement d'une hospitalisation.

Les patients et les pathologies de l'HAD (cancers, maladies neurodégénératives et polyopathologies décompensées) sont aussi très différents de ceux de l'ambulatoire.

En outre, le transfert d'un patient en HAD s'effectue en règle générale avec un programme de soins stabilisé et au décours d'une hospitalisation qui a conduit à stabiliser le traitement, ce qui est rarement le cas en post opératoire où les besoins évoluent rapidement.

L'HAD s'adresse également à des soins prolongés qui se rencontrent peu dans la majorité des interventions pratiquées en ambulatoire.

L'HAD et la chirurgie ambulatoire apparaissent donc totalement étrangers l'un l'autre.

Le **réseau de soins** commence à présenter un intérêt pour des structures qui explorent des prises en charge nécessitant de soins itératifs par un personnel spécialement formé. C'est le cas par exemple des expérimentations qui sont conduites pour des dispositifs d'analgésie à domicile ou des pansements complexes.

Le réseau de soins pourrait donc s'envisager dans le cadre d'une extension des indications ambulatoires à de la chirurgie « lourde », mais resterait de fait très limité à **une typologie très restreinte d'interventions chirurgicales**.

L'**Hôtel médical ou médicalisé**, qui permet une consultation médicale les jours suivants l'intervention, ne recouvre pas en France une réalité bien définie. Il ne s'agit pas de recréer une unité d'hospitalisation avec une capacité soignante, car la valeur ajoutée par rapport à une hospitalisation classique serait insignifiante. Ce dispositif s'est développé aux USA dans le cadre strict d'une extension des indications de prise en charge en ambulatoire au-delà de la chirurgie classique vers une chirurgie « lourde », récréant ainsi un établissement de chirurgie traditionnelle.

Ainsi les structures d'aval ne sont pas un préalable à la mise en place d'une activité de chirurgie ambulatoire, seule l'organisation rigoureuse de la continuité des soins reste déterminante de la qualité de la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Mais la question reste néanmoins posée de suppléer à la seule fonction d'hébergement pour un patient éloigné ou isolé dont les discussions pré-opératoires n'auraient pas apporté d'autres solutions. En tout état de cause, aujourd'hui le nombre de patients concernés dans ce cas de figure apparaît très faible (moins de 10 % lié à des contre-indications à l'ambulatoire pour des raisons environnementales). Cela concerne aussi les spécialistes qui ont un recrutement de patients bien au-delà de leur territoire. Dans ces cas, il doit être considéré à la fois la proximité d'un hébergement (qui n'a aucune raison d'être médicalisé) avec l'établissement de santé et le reste à charge pour le patient. De même, il peut se poser la question de la disponibilité de la personne accompagnante et de sa prise en charge « *Dans la mesure où la chirurgie ambulatoire coûterait moins chère à l'Assurance maladie que l'hospitalisation traditionnelle, le financement socialisé de la personne accompagnante pourrait être envisagé.* »¹⁷

Pour exploiter son potentiel au delà de ce qu'autorisent les critères actuels de sélection du couple acte/patient, une unité peut néanmoins chercher à s'appuyer sur des réseaux de soins et des dispositifs d'hébergement non médicalisé de proximité. L'HAD s'adresse à une autre typologie de patient.

Pour répondre à la confusion issue des décrets de 1992 entre la chirurgie ambulatoire et l'HAD, les projets de décrets sur les conditions d'implantation à l'activité de soins de chirurgie sont appelés à intégrer la chirurgie ambulatoire en qualité de modalité de l'activité de soins et non plus d'alternative à l'hospitalisation (cf. aussi fiche n°18).

¹⁷ CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire : freins et leviers / enquête d'opinion auprès des professionnels d'établissements de santé en 2001 » Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003

Fiche n° 18

Définitions et leur évolution France / Directive Européenne

Le terme « ambulatoire » est ambigu dans toutes les langues et pas seulement dans les langues latines.

La difficulté vient de sa proximité avec la ville. Souvent, la médecine ambulatoire signifie exercice par un professionnel de santé dans la ville, en cabinet, par opposition à l'hôpital (en France, établissement de santé).

De même, le mot ambulatoire est souvent pris au sens de marche (latin : ambulans, qui marche).

On retrouve en France cette ambiguïté :

- ✚ entre médecine et chirurgie ambulatoire : la médecine ambulatoire est pratiquée en ville alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé
- ✚ entre hospitalisation traditionnelle et chirurgie ambulatoire : la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a introduit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternatives à l'hospitalisation et non comme une alternative à l'hospitalisation complète. Les décrets fondateurs de 1992 l'ont confirmé en tant qu'alternative à l'hospitalisation, au même titre que l'HAD.

L'ambiguïté sémantique est partagée entre les pays : à titre d'exemple, parmi les membres de la communauté Européenne, la définition de la chirurgie ambulatoire est basée sur le terme « ambulatoire » au Danemark (*Ambulant*), en France (*chirurgie ambulatoire*), aux Pays Bas (*Ambulant*), en Pologne (*chirurgia ambulatoryjna*), au Portugal (*cirurgia ambulatoria*) et en Espagne (*cirurgia mayor ambulatoria*) alors qu'elle est basée sur le terme « jour » en Italie (*day surgery*) et en Allemagne (*tageschirurgisch*).

Pour répondre à cette ambiguïté, l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), qui regroupe les sociétés savantes de chirurgie ambulatoire de 18 pays dont 14 membres de la Communauté Européenne, retient la **terminologie internationale suivante**¹⁸ : « *day surgery* ». Elle admet comme synonymes « *same-day surgery* », « *day only* » et « *ambulatory surgery* ». La notion de « *day* » s'entend comme un « *working day* » au sens de la durée du travail, avec « *no overnight stay* » sans nuit d'hébergement. On retrouve donc la notion de chirurgie d'un jour, comme dans la définition réglementaire française.

EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION FRANCAISE

Les projets de décrets sur les conditions d'implantation à l'activité de soins de chirurgie et sur les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie vont définir pour la première fois le champ de l'activité de soins de chirurgie des établissements de santé publics et privés.

Les projets de décrets seront appelés à intégrer la chirurgie ambulatoire dans l'activité de soins de chirurgie. En effet, la chirurgie ambulatoire sera définie en **qualité de modalité de l'activité de soins et non plus d'alternative à l'hospitalisation**. Le principe général de l'autorisation de chirurgie reposera sur l'obligation pour toute structure de disposer d'une modalité de prise en charge en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète. Ce n'est plus que par dérogation qu'un établissement pourra n'avoir qu'une activité de chirurgie en hospitalisation complète pour des activités très spécifiques (chirurgie cardiaque...). **La norme devient donc l'ambulatoire, la chirurgie complète se faisant par défaut.**

¹⁸ "Policy Brief Day surgery: Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>) / "Ambulatory (day) surgery: suggested International Terminology and definitions" www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/modules/content/index.php?id=24>)

EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION EUROPEENNE

La réglementation relative à la prise en charge des soins transfrontaliers appliquée actuellement en France est posée par le Code de Sécurité Sociale (notamment art. L.332-3 et R.332-1 s.), le règlement de coordination des régimes de sécurité sociale (Règlement CE 1408/71) et la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes (notamment l'arrêt Vanbraekel), qui vont venir préciser les conditions dans lesquelles le remboursement aura lieu et notamment les conditions dans lesquelles un refus ne pourra être opposé à la demande de prise en charge.

Les soins hospitaliers programmés à l'étranger nécessitent une autorisation préalable délivrée par l'Assurance Maladie française (Etat d'affiliation) et sont remboursés par l'Etat d'affiliation sur la base de sa réglementation. Le remboursement doit être au moins identique à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son Etat membre d'affiliation. Si le remboursement de frais exposés pour des services hospitaliers fournis dans l'Etat membre de séjour est inférieur à celui qui aurait résulté d'une hospitalisation dans son Etat d'affiliation, un remboursement complémentaire correspondant à cette différence doit être accordé à l'assuré social (arrêt Vanbraekel). Et l'obligation de prendre en charge les soins hospitaliers dispensés dans un autre Etat membre s'applique également à un service national de santé qui les dispense gratuitement (arrêt Watts).

Une **proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil** relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers en date **du 2 juillet 2008** a pour objet de mettre en place un cadre communautaire pour les soins de santé transfrontaliers. Ce cadre précise notamment :

- ✚ les droits des patients à bénéficier de soins de santé dans un autre Etat membre, notamment eu égard aux restrictions que les Etats membres peuvent imposer en matière de soins à l'Etranger,
- ✚ le niveau de prise en charge des soins transfrontaliers, compte tenu du principe selon lequel les patients ont le droit d'être remboursés à hauteur du montant qu'ils auraient perçu si les soins avaient été dispensés dans leur Etat membre d'origine.

La Directive propose dans son article 8 une définition européenne des soins hospitaliers soumis à autorisation préalable.

- « a) *les soins de santé qui nécessitent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit*
b) *les soins de santé, énumérés dans une liste expresse, qui ne nécessitent pas le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit. Cette liste est limitée :*
- *aux soins de santé pour lesquels un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux est nécessaire ou*
 - *aux soins de santé associés à des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier.*
- Ladite liste est établie et peut être régulièrement mise à jour par la Commission. »*

La proposition de Directive en retenant une définition des soins hospitaliers basée sur la notion d'hébergement exclut de fait la chirurgie ambulatoire (pas de nuit de repos en hospitalisation) ou laisse la possibilité de la réintroduire au travers d'une liste expresse établie et mise à jour par la Commission.

Cette définition européenne des soins hospitaliers peut poser plusieurs problèmes :

- ✚ Engendrer des comportements pervers au travers de la diffusion d'une liste d'actes, limitative, normative et figée (cf. fiche n° 20 : usages et mésusages des listes d'actes en circulation),
- ✚ Poser des difficultés pour l'élaboration et la maintenance d'une liste commune européenne d'actes : disponibilité ou non des données dans tous les pays, organisation du système de santé régionalisé ou non, absence de codification commune des actes dans tous les pays, différences des modalités d'organisation sanitaire et de tarification...
- ✚ Entraîner une confusion entre chirurgie de cabinet (« office based surgery ») et hospitalisation. L'office based surgery s'est développée dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis mais elle présente, d'après les études publiées jusqu'à présent, des risques non négligeables en termes de dégradation de la qualité des soins,

- ✚ S'opposer à la réglementation d'autres pays (Angleterre..) et au projet de décret français sur les conditions d'autorisations des activités de soins de chirurgie qui redéfinit la chirurgie ambulatoire comme une modalité d'activité de soins hospitaliers,
- ✚ Exclure de l'autorisation préalable la plus grande majorité des interventions chirurgicales (80% des interventions chirurgicales sont potentiellement ambulatoires) et entraîner, dans le cas de flux de patients sortants supérieurs aux entrants, un déséquilibre financier et d'organisation du système de santé national.

Dans la mesure où la commission jugerait indispensable une définition commune des soins hospitaliers, elle devrait se baser, non sur des notions d'hébergement, mais **plutôt sur un niveau minimal d'environnement requis de prise en charge hospitalière.**

Dans tous les cas, quelles que soient les évolutions réglementaires, la question d'une définition claire et adaptée de la chirurgie ambulatoire reste cruciale pour garantir le respect de l'organisation spécifique qu'elle requière.

Fiche n° 19

Responsabilité médecin/établissement et chirurgie ambulatoire

LES GRANDS PRINCIPES

Les professionnels de santé, les établissements de santé de tous statuts, peuvent voir leur responsabilité engagée à l'occasion de la réalisation d'actes de prévention, diagnostic ou de soins.

Selon la nature juridique de l'établissement (public, privé) et la nature juridique de la relation entre le patient et le praticien concerné, la procédure qui sera mise en œuvre relèvera de la compétence de juridictions différentes (juridictions civiles ou administratives).

Par ailleurs, dès lors notamment qu'une atteinte à l'intégrité physique ou morale d'une personne est en jeu, la responsabilité pénale peut être aussi engagée.

Il est important de mentionner que des actions disciplinaires (établissements, Conseils de l'Ordre...) peuvent également, en tout état de cause, être mises en œuvre.

La complexité du système a conduit le législateur en 2002 à proposer un régime unique de responsabilité médicale. A cette occasion, il a été créé une procédure amiable de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

1- Principe de responsabilité médicale :

Depuis la Loi du 4 mars 2002, le fondement de la responsabilité médicale est posé par les articles L. 1142-1 et suivants du Code de la santé publique. Le législateur a ainsi souhaité mettre en œuvre un régime de responsabilité médicale harmonisé quel que soit le lieu où la prise en charge du patient s'effectue (hôpital, clinique, cabinet médical...), reposant sur la **faute**. Nous ne traiterons ici que du régime actuel de la responsabilité civile médicale.

Il est important de rappeler que le principe même de la mise en œuvre d'une action en responsabilité **civile** repose déjà sur l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité directe entre les deux.

2- La responsabilité médicale est fondée sur la faute

La responsabilité d'un praticien libéral ou de la structure de soins (selon la nature de l'établissement public ou privé et de la relation entre le médecin et l'établissement exerçant en libéral ou en salarié) susceptible d'être engagée suite à la réalisation d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, repose donc par principe sur la commission d'une faute.

Il n'existe *aucun critère de gravité* de la faute.. La commission d'une faute (par action ou omission, abstention), peut conduire son auteur à voir sa responsabilité civile engagée : c'est sur le terrain des montants d'indemnisation alloués que la gravité de la faute jouera.

En effet, l'engagement de la responsabilité du professionnel de santé par le patient ou ses ayants droit, est destiné à obtenir la réparation du préjudice subis.

Lorsque la relation entre l'auteur de la faute et la "victime" est de nature contractuelle (la relation juridique entre un patient et un médecin intervenant en libéral a été qualifiée de "contractuelle" lors d'une décision intervenue en 1936, "arrêt Mercier"), la faute est constituée d'une inexécution ou d'une mauvaise exécution des obligations contractuelles.

En d'autres termes le praticien (et/ou l'établissement) ne verra sa responsabilité engagée que si le "contrat" établi avec le patient n'a pas été respecté.

3-Le professionnel pourra également voir sa responsabilité engagée « sans faute »

Il s'agit de l'hypothèse où sa responsabilité pourra être engagée en raison des "produits" de santé qui se sont avérés "défectueux". Dans une telle hypothèse la responsabilité sera susceptible d'être engagée sans faute commise.

4- Le praticien pourra par ailleurs voir sa responsabilité engagée pour le « fait d'autrui »

La jurisprudence admet la responsabilité du chirurgien, en sa qualité de « chef de l'équipe médicale », en cas de fautes commises par l'un des membres de l'équipe, notamment à l'égard de l'anesthésiste. Pour ce qui est du personnel paramédical, le principe est qu'étant sous la responsabilité de l'établissement qui les recrute, ce dernier doit répondre des fautes commises par son personnel (art.1384 Code civil)

5- Information et recueil du consentement : les deux piliers indispensables à la formation du « contrat ».

La première étape dans la conclusion de ce contrat étant la rencontre des consentements, il est essentiel que le patient soit parfaitement informé des conditions dans lesquelles sa prise en charge "globale" aura lieu.

MISE EN PERSPECTIVE

Dans ce cadre général, la question qui se pose ici est celle d'une éventuelle spécificité de la chirurgie ambulatoire.

La réalisation d'actes en ambulatoires implique une prise en charge hospitalière "de courte durée" mais il s'agit d'actes médicaux, chirurgicaux qui en tant que tels peuvent conduire à l'engagement de la responsabilité du chirurgien, et/ou de l'anesthésiste et/ou de l'établissement, si les conditions dans lesquelles l'acte et/ou la prise en charge globale du patient, sont considérées par ce dernier comme insatisfaisantes.

Il est donc essentiel que la "mission" confiée aux professionnels, praticien réalisant l'acte chirurgical, anesthésiste et l'ensemble du personnel mis à la disposition des médecins, soit clairement présentée au patient.

Le médecin a une obligation de moyens en ce qui concerne la réalisation de ces actes médicaux (en dehors d'actes relevant de la chirurgie esthétique non réparatrice).

La grande différence entre une obligation de moyen et de résultat est constituée par les conditions de mise en oeuvre de l'action.

Ainsi, pour une action engageant la responsabilité contractuelle :

- le non-respect d'une obligation de moyen imposera au demandeur de prouver la non-exécution de l'obligation ;
- s'il s'agit d'une obligation de résultat, la simple constatation de l'inexécution suffira à voir établie la responsabilité du ou des professionnels.

En conséquence, le patient ou ses ayants droit doit établir, en principe, la faute.

En premier lieu, en tout état de cause l'acte étant le même, s'il y a spécificité concernant la prise en charge en ambulatoire, on la trouvera principalement dans l'information délivrée, reçue et comprise par le patient et/ou son représentant légal.

Principales Informations dues au patient pour toute intervention (sauf opposition du patient)	Spécificités selon les patients
<ul style="list-style-type: none"> - Information sur le diagnostic - Information sur le traitement - Information sur les risques, effets secondaires, indésirables - Information sur les conditions de prise en charge et traitement de la douleur - Information sur les conditions financières : honoraires notamment des praticiens et éventuels dépassements. <p><i>Art.L.1111-3 CSP : l'information sur les tarifs doit avoir lieu par écrit dès que les honoraires qui seront mis en oeuvre dépassent un seuil fixé par arrêté.</i></p> <p>Attention : la remise d'une documentation au patient, même s'il s'agit d'un formulaire signé par le patient, ne peut suffire à "exclure" tout engagement de la responsabilité du professionnel.</p>	<p><i>MINEUR : le praticien devra l'associer à la prise de décision en tenant compte de ses facultés de discernement (art. L.1111-2 du CSP) : l'intérêt de l'enfant devant primer sur la volonté de ses parents. Lorsque le patient mineur refuse que ses parents, titulaires de l'autorité parentale soient informés et si les soins doivent être réalisés, l'article L.1111-5 CSP autorise le praticien à ne pas les informer après avoir tout mis en oeuvre pour convaincre le mineur de changer d'avis. Dans ce cas le mineur se fera accompagner d'une personne de son choix.</i></p> <p><i>MAJEUR Protégé : Idem sur le principe (information due et adaptée) et information des titulaires de l'autorité parentale (« consentement » au sens juridique)</i></p> <p><i>PATIENT INCONSCIENT (ou problème de capacités de discernement) : le professionnel pourra intervenir sans disposer préalablement de ce consentement, et donc sans avoir délivré au patient d'informations, lorsque ce dernier est hors d'état de la recevoir (art. L. 1111-4 CSP) En pareille hypothèse le professionnel ne pourra intervenir que s'il y a urgence, ce qui sera rarement le cas en ambulatoire où les actes sont programmés.</i></p>
<p>Mode d'intervention chirurgicale</p> <p>La décision d'intervenir chirurgicalement est une <u>décision médicale</u> : l'information sur le mode d'hospitalisation <u>incombe au médecin</u></p>	<p>Informations dues au patient par le médecin</p>
<p>Intervention programmée initialement en hospitalisation</p>	<p>Il faut toujours informer le patient de la MSAP et des raisons possibles du refus (+ en pratique même si ce n'est pas "son rôle", l'existence d'une "voie de recours")</p>
<p>Intervention programmée en ambulatoire</p>	<p>Information des conditions dans lesquelles le suivi et la continuité des soins seront assurés en plus des informations "classiques" liées à la réalisation de tout acte ainsi que les personnes et services à contacter.</p>

En second lieu, s'il y a des spécificités concernant la prise en charge ambulatoire, elle pourra concerner également l'engagement de la responsabilité de l'établissement. Celle-ci débutera dans le respect du dispositif d'autorisation.

La responsabilité de l'établissement de soins peut être engagée solidairement ou subsidiairement.

La pratique de la chirurgie ambulatoire ne dispense pas l'établissement de santé de ses obligations à l'égard du patient. Le patient est considéré comme étant hospitalisé sur un mode ambulatoire. L'établissement doit donc respecter la réglementation en vigueur pour chacune des étapes de ce circuit en mode ambulatoire : Accueil ; Préparation, Anesthésie éventuelle ; Acte chirurgical ; Réveil ; Repos ; Surveillance ; Conditions de sortie (aptitude).

A chacune des étapes de ce circuit, ces obligations concernent particulièrement les locaux, le personnel et l'organisation.

A ce jour en France et selon les éléments disponibles, il n'y a pas d'action mettant en cause la responsabilité d'un médecin et/ou d'un établissement sur des éléments du fait d'une spécificité ambulatoire. Ce constat semblant général, la littérature internationale s'interroge sur le lien potentiel entre les exigences liées à la rigueur de l'organisation et l'absence de procédures judiciaires spécifiques.

Fiche n° 20

Usages et mésusages des listes d'actes en circulation

Chaque acteur abordant la chirurgie ambulatoire attend naturellement une liste d'actes faisables en ambulatoire : le directeur d'établissement en vue de la facturation des actes, le chirurgien et l'anesthésiste en vue de leurs bonnes pratiques et de leurs responsabilités et l'assureur en vue de la prise en charge du remboursement.

Les sociétés savantes, tant nationales qu'internationales, n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes faisables en ambulatoire qu'elles ont toujours estimées illogiques et dangereuses. **En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient.**

Une liste d'actes, par définition limitative et figée, risque d'engendrer deux comportements pervers :

- ✚ soit inciter ou rendre obligatoire un acte chez un patient présentant une contre-indication ou obliger à le réaliser dans une structure non-conforme ou dont l'organisation est inadaptée ou insuffisamment maîtrisée,
- ✚ soit freiner l'innovation en interdisant à une équipe performante d'étendre ses indications en chirurgie ambulatoire.

En conséquence, une liste d'actes exhaustive exonère chaque acteur de sa réflexion indispensable de l'évaluation du rapport bénéfice/risque. Un acte ne saurait être ambulatoire par nature, mais il peut le devenir chez un patient sélectionné dans une structure adaptée. La prise en charge ambulatoire réside en fait dans la capacité qu'a le patient à assumer sa prise en charge à domicile et dans la capacité qu'à l'organisation à optimiser et à sécuriser le parcours du patient. **La décision d'une prise en charge ambulatoire ne doit se faire qu'au cas par cas après analyse du bénéfice risque du triptyque acte, patient et structure.**

De nombreuses indications peuvent paraître limitées à la prise en charge ambulatoire dès lors qu'elles peuvent être douloureuses, hémorragiques ou donner lieu à des nausées, vomissements (amygdalectomie, varices, ligamentoplastie du genou, hernies...). Par nature, ces actes ne sauraient être systématiquement ambulatoires. Mais ils peuvent le devenir chez un patient sélectionné dans une structure adaptée qui concourt à la maîtrise de chacun des risques.

De même, d'autres indications qui peuvent paraître évidentes à la prise en charge ambulatoire (cataractes, canal carpien..) pourraient nécessiter une hospitalisation complète dans un contexte psychosocial ou médical défavorable du patient.

Enfin, d'autres indications qui peuvent paraître incompatibles avec la prise en charge ambulatoire (cholécystectomie sous coelioscopie, thyroïdectomie, traitement chirurgical du RGO, hernie discale, chirurgie de la rétine...) se pratiquent aujourd'hui couramment dans les meilleures conditions au sein d'équipes confirmées qui ont su maîtriser parfaitement tous les effets secondaires inhérents à ce type d'interventions.

Dans tous les cas, il a été démontré que le champ de la chirurgie ambulatoire est très vaste et qu'il concerne tous les actes programmés classiques, hormis la chirurgie de recours et d'urgence, soit près de 80% en volume de tous les actes chirurgicaux français, à l'instar de ce qui est observé aux USA.

Fiche n° 21

Objectifs des listes d'actes en circulation

Un certain nombre de listes d'actes ont été constituées, chacune avec une finalité bien précise. Chaque liste en circulation ne doit donc être lue et utilisée que dans cette perspective.

Par exemple :

- ✚ comparer les pratiques professionnelles internationales par la liste limitée mais significative des 20 interventions de l'OCDE¹⁹ et de l'IAAS²⁰ en 1997,
- ✚ étudier les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire en France par la liste des 18 gestes marqueurs de la CNAMTS et de l'AFCA²¹ en 2001,
- ✚ revaloriser les séjours de courtes durées par la liste des GHS²² de moins de 48 heures en 2004,
- ✚ déclencher une politique d'intéressement des institutionnels à favoriser le développement régional de la chirurgie ambulatoire par la liste des 5 gestes marqueurs les plus fréquents en 2004,
- ✚ favoriser le développement de l'ambulatoire par la convergence tarifaire intrasectorielle de 15 GHS en 2007,
- ✚ justifier la prise en charge en hospitalisation complète par mise sous accord préalable pour une liste évolutive de procédures en 2008,

Aucune liste n'est définitive, d'autres apparaîtront pour accompagner le développement permanent et inéluctable de la chirurgie ambulatoire. Les constats faits à l'étranger montrent qu'elles seront de plus en plus étoffées et complexes (liste British Association of Day Surgery²³ en Angleterre, liste Medicare aux USA...). Leur impact n'est pas neutre dans l'évolution des pratiques et des comportements institutionnels. Par ailleurs, on peut considérer que définir une liste dans un pays ou un établissement n'ayant aucune pratique réelle est dangereux, à l'inverse une liste dans un pays ou un établissement ayant une pratique avérée et l'organisation nécessaire est soit une liste constatée soit une liste d'expérimentations ou d'incitations.

Ainsi, pour normatif qu'il soit, le mécanisme de l'accord préalable (MSAP) mise en place aujourd'hui en France, correspond bien à une véritable rupture dans la couverture assurantielle où la chirurgie ambulatoire devient la norme, l'hospitalisation complète se faisant par exception. Dans ce dispositif, l'évaluation du patient en vue du choix de son mode de prise en charge reste bien distincte de l'indication chirurgicale d'un acte. **Dans tous les cas, le choix de la prise en charge est un acte médical qui reste de la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste.**

¹⁹ Organisation de Coopération et de Développement Economique

²⁰ International Association for Ambulatory Surgery

²¹ A partir de la méthodologie construite en 1996 par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire à la demande conjointe des fédérations hospitalières, de la DHOS et de la CNAMTS.

²² Groupe Homogène de Séjour (PMSI)

²³ liste BADS directory of procedures 2007, distinguant des courts séjours de nature différente (procedure room, day surgery, 23 hour stay, under 72 hours stay), www.daysurgeryuk.org

Focus amygdalectomies, varices et ligamentoplastie du genou

Ces trois interventions chirurgicales peuvent paraître comme limitées à la prise en charge ambulatoire dès lors qu'elles présentent un risque documenté (hémorragique, infectieux) et/ou des suites opératoires plus complexes (notamment la maîtrise de la douleur ou du handicap) que celles habituellement prises en charge en ambulatoire.

Pourtant, ces trois interventions chirurgicales se pratiquent en chirurgie ambulatoire, tant en France qu'à l'étranger (cf. chiffres infra-).

De même, d'autres interventions chirurgicales, qui rassemblent des niveaux de complexité et de risque beaucoup plus importants (thyroïdectomies, chirurgie de l'hypophyse, cure de RGO sous coelioscopie), se pratiquent aussi en ambulatoire, tant en France qu'à l'étranger.

Et ce, sans qu'il existe des recommandations spécifiques de la part des sociétés savantes, tant nationales qu'internationales, sur les actes autorisés ou interdits à l'ambulatoire. En effet, elles n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes faisables en ambulatoire qu'elles ont toujours estimées illogiques et dangereuses. **En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient.**

Il apparaît donc que ce n'est pas l'acte en lui-même, mais bien le patient sélectionné dans une structure adaptée, qui concourt à la maîtrise de chacun de ces risques. L'éligibilité d'un patient à l'ambulatoire repose plus sur une approche basée sur la prévisibilité et l'analyse du bénéfice/risque que sur une stricte liste d'indications ou de critères. Il s'agit bien évidemment d'un acte chirurgical qui, en aucun cas, ne peut être assimilé à de la « petite » chirurgie ou de la chirurgie « légère ».

AMYGDALECTOMIE

- ✚ 15 000 amygdales ont été opérées en France en chirurgie ambulatoire (soit 20% des amygdales) / *source PMSI 2006*,
- ✚ de forts taux d'ambulatoire sur les amygdales sont observés à l'étranger : 64% en Hollande, 67% au Canada, 89% aux USA et 93% en Belgique / *source congrès International Association for Ambulatory Surgery Budapest avril 2006*,
- ✚ les publications sur l'amygdalectomie en ambulatoire sont déjà anciennes : 40 000 amygdalectomies en ambulatoire « sans décès »²⁴. Elles sont confirmées par des publications récentes « *L'adéno-amygdalectomie ambulatoire est une procédure sécuritaire chez les enfants de moins de 5 ans. Des parents informés et fiables ainsi que la coopération du personnel du service de chirurgie ambulatoire sont cependant nécessaires au départ précoce de ces jeunes patients* »²⁵,
- ✚ les conditions requises pour la pratique de l'amygdalectomie en ambulatoire sont largement diffusées : recommandations américaines du Comité d'ORL Pédiatrique de l'Association Américaine d'ORL²⁶, recommandations françaises sur l'anesthésie pour l'amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant²⁷.

²⁴ Chiang, arch otolaryngol, 1968

²⁵ Ambulatory adenotonsillectomy in children less than 5 years of age Journal of otolaryngology, 2001, vol. 30, n°2, pp. 75-78

²⁶ American Academy of Otolaryngology-Head and Neck surgery, 1996 (www.entnet.org)

²⁷ Anesthésie pour l'amygdalectomie chez l'enfant, conférence d'experts, Société Française d'Anesthésie Réanimation, l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'expression française et le Club de l'Anesthésie Réanimation en ORL, octobre 2006 (www.sfar.org)

CHIRURGIE DES VARICES

- ✚ 40 000 interventions chirurgicales pour varices ont été pratiquées en France en chirurgie ambulatoire (soit 23% des varices) / *source PMSI 2006*,
- ✚ de forts taux d'ambulatoire sur la chirurgie des varices sont observés à l'étranger : 79% en Norvège, 81% en Suède, 82% au Canada, 88% aux USA et 89% au Danemark/ *source congrès International Association for Ambulatory Surgery Budapest avril 2006*.

LIGAMENTOPLASTIE DU GENOU SOUS ARTHROSCOPIE

- ✚ 12 % des reconstructions du ligament croisé postérieur du genou par autogreffe avec renforcement synthétique, par arthroscopie, ont été opérées en France en chirurgie ambulatoire / *source PMSI 2006*,
- ✚ De nombreuses publications françaises et étrangères sur les ligamentoplasties du genou sous arthroscopie en ambulatoire sont retrouvées²⁸.

ACTES CHIRURGICAUX DE POINTE

Des actes chirurgicaux de pointe nécessitant un niveau d'environnement élevé sont aujourd'hui pris en charge en ambulatoire en France par des équipes médico-chirurgicales ayant parfaitement maîtrisé le bénéfice/risque.

On peut notamment citer les thyroïdectomies (Hôpitaux de Bécclère, Verdier...), les cures de reflux gastro-oesophagien (CHU Lille...), les hernies discales (CH Avranches Granville...), les cholécystectomies par coelioscopie (très nombreuses équipes), la chirurgie de l'anneau gastrique (Bécclère, Verdier...), la vidéochirurgie des tumeurs bénignes thoraciques et du pneumothorax (plusieurs équipes), l'endartériectomie carotidienne (CHU Caen...), la chirurgie de l'hypophyse (HEGP), la surrenalectomie (HEGP...), la splénectomie et lobectomie hépatique (Bécclère...), la parathyroïdectomie (Cochin...), la prothèse totale d'épaule (Bicêtre...), la chirurgie rétinéo-vitréenne (CHU Dijon...)....

Des publications étrangères rapportent aussi des prises en charge ambulatoire de prothèses totales de hanche, dans le cadre d'une approche organisationnelle basée sur le fast tracking (cf. fiche n° 7).

En conclusion, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. Ce n'est donc pas l'acte en lui-même, mais bien le patient sélectionné dans une structure adaptée, qui concourt à la maîtrise des risques.

²⁸ Consultez en particulier les sites internet de la SFAR www.sfar.org [Blocs périphériques en ambulatoire E. Gaertner, P. Macaire (http://www.sfar.org/sfar_actu/dou03/html/d03_02/dou03_02.htm)] et Anasys www.anasys.org (le portail des sites de santé publique sur l'Evidence Based Medecine et les bases de données bibliographiques avec les mots clés « ambulatory surgery », « day surgery », « outpatient procedure », « outpatient surgery »)

Fiche n° 23

Tarification et effets pervers

Les deux définitions françaises de la chirurgie ambulatoire la considèrent comme une hospitalisation sans hébergement et donc sans nuit d'hospitalisation :

- ✚ « *sortie de patient le jour même de son admission* » d'après la conférence de consensus de mars 1993²⁹,
- ✚ « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent (...) des prestations ne comportant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* » d'après l'article D 6124-301 du code de Santé Publique.

Cette définition française correspond à la définition internationale de la chirurgie ambulatoire « day surgery » réf IAAS³⁰ (faite durant la durée maximale d'un « working day » avec « no overnight stay »). Elle correspond bien au concept organisationnel centré sur le patient. « *L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation* »³¹ Elle correspond bien à l'optimisation de la prise en charge des différents flux (flux logistiques, patients, brancardiers, chirurgiens, anesthésistes...), d'amélioration de la gestion de la structure en créant des circuits courts, à l'origine de l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients.

Par ailleurs, les sociétés savantes internationales préconisent de distinguer trois cas de figures selon la durée de séjour : ambulatoire vraie (day surgery), les très courts séjours (1 ou 2 nuits selon les pays), les séjours de plus de 2 nuits.

L'évolution du PMSI français depuis sa mise en place en 1983 montre bien les difficultés d'identification des séjours de chirurgie ambulatoire :

- ✚ En 1983, la mise en place du PMSI français, adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Groups, s'est accompagnée d'une spécificité française, absente de la classification américaine : la catégorie majeure n° 24 regroupe les séjours de moins de 24 heures donc **sans nuit d'hospitalisation** (séances, pathologies traitées en moins de 24 heures...),
- ✚ En 2004, la mise en place de la T2A et sa traduction dans les arrêtés tarifaires sur les ressources d'assurance maladie des établissements de santé (2004 à 2008) ont fixé la rémunération des séjours de chirurgie ambulatoire organisés sur une journée identique à celle des séjours avec une nuit d'hébergement (**0 et 1 nuit d'hospitalisation**),
- ✚ En 2009, la nouvelle version de la classification du PMSI (version 11) **supprime le regroupement des séjours de 0 et 1 nuit**.

Cette confusion française entre, d'une part, la définition de la chirurgie ambulatoire dans son organisation et, d'autre part, les modalités de son identification ainsi que de sa rémunération (statistique de suivi, planification, tarification...) est à même d'induire des comportements pervers :

- ✚ **sur les actes** : la chirurgie ambulatoire est une chirurgie « qualifiée et substitutive à l'hospitalisation complète ». Certains actes dits « frontières » ou « bobologie » ne relevant pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie au sens réglementaire sont venus « polluer » les structures de chirurgie ambulatoire et ainsi obérer le développement de la vraie chirurgie ambulatoire qualifiée,

²⁹ La chirurgie sans hospitalisation, conférence de consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 23, 24 et 25 mars 1993

³⁰ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

³¹ Ambulatory Surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political challenge ; De Lathouwer, 3th congrès international ambulatory surgery 1999

✚ **sur la durée de séjour :**

- dès lors que les principaux freins au développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public sont culturels et organisationnels, l'absence de différenciation entre les tarifs d'ambulatoire vraie et de court séjour avec une nuit d'hébergement n'a pas incité à faire évoluer l'organisation traditionnelle de la structure,
- dès lors qu'une part non négligeable de la rentabilité des établissements privés à but lucratif est basée sur les recettes annexes, l'absence de différenciation entre les tarifs d'ambulatoire vraie et de court séjour avec une nuit d'hébergement incite les structures à garder les patients deux jours, permettant la facturation de suppléments (chambre particulière...). D'ailleurs, l'observatoire économique et financier des établissements privés MCO dans son rapport sur l'état des lieux pour 2006 note que « *une comparaison entre le chiffre d'affaire réalisé et les charges démontre que les cliniques parviennent à équilibrer leurs comptes uniquement grâce aux recettes annexes et aux subventions* »,
- l'amalgame entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de courte durée en moins de 48 heures fait dans la circulaire DHOS du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé ne favorise pas l'émergence d'une organisation spécifique propre à la chirurgie ambulatoire.

La mise en place d'un tarif identique entre les séjours de chirurgie ambulatoire et les séjours d'hospitalisation traditionnelle sur un nombre ciblé d'interventions chirurgicales peut être la clé permettant l'émergence ou la pérennité de l'organisation spécifique de la chirurgie ambulatoire en dissociant définitivement la définition de la chirurgie ambulatoire et la politique tarifaire de rémunération des séjours.

Fiche n° 24

Impacts des différentes politiques incitatives

Les questions se posent de l'impact des différentes politiques incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire, de la nécessité et des conditions d'une politique incitative spécifique.

Il est courant d'entendre dire qu'il " faut inciter au développement de la chirurgie ambulatoire". Il peut apparaître paradoxal d'obliger à mettre en place une politique incitative au développement de la chirurgie ambulatoire alors que ses bienfaits sont reconnus par tous : un rétablissement et une reprise d'activité plus rapide du patient, des taux de satisfaction des patients très élevés, une moindre exposition aux infections nosocomiales, un renforcement de l'image de marque de l'établissement ainsi que de ses parts de marché, une plus grande qualification des équipes, une opportunité de publications scientifiques, un moindre coût pour la société, ...

Illustrant ces bienfaits, lors la création de la société internationale de chirurgie ambulatoire (IAAS), en mars 1995, Simone Veil, Ministre de la santé française, écrivait au premier Président de l'IAAS : *"Il n'est plus permis aujourd'hui de douter du développement de la chirurgie ambulatoire en France et en Europe ; la vraie question est de savoir dans quelles conditions l'essor que nous appelons de nos vœux interviendra dans les toutes prochaines années. Ma conviction est que lorsque l'indication le justifie, la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de traiter le patient mais la meilleure façon de le traiter."*

Virginia Bottomley, Secrétaire d'Etat à la santé en Grande Bretagne écrivait : *"qu'on peut considérer que depuis la création du National Health Service, il y a 47 ans, la chirurgie ambulatoire apparaît en tête de tous les progrès cliniques qui ont eu lieu dans notre pays"*.

Toujours dans les mêmes circonstances, Elio Guzzanti, Ministre Italien de la Santé, affirmait : *"nous sommes convaincus que la chirurgie de jour est un concept d'organisation nouveau et incontournable. Ce mode d'organisation et de prise en charge doit, selon nous, être introduit dans toutes les réformes hospitalières en cours dans nos pays européens. Il rendra d'éminents services aussi dans les pays en voie de développement. J'ai le plaisir de vous faire savoir que les lois en préparation en Italie visent à favoriser le développement de ce nouveau mode d'organisation de la chirurgie. Nous sommes particulièrement attentifs aux conditions visant à favoriser ce développement."*

EST-IL NECESSAIRE DE METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE INCITATIVE ?

Devant tant de "bienfaits" comment la chirurgie ambulatoire ne se développerait-elle pas toute seule et rapidement ? Pourquoi devrait-on y "inciter" ?

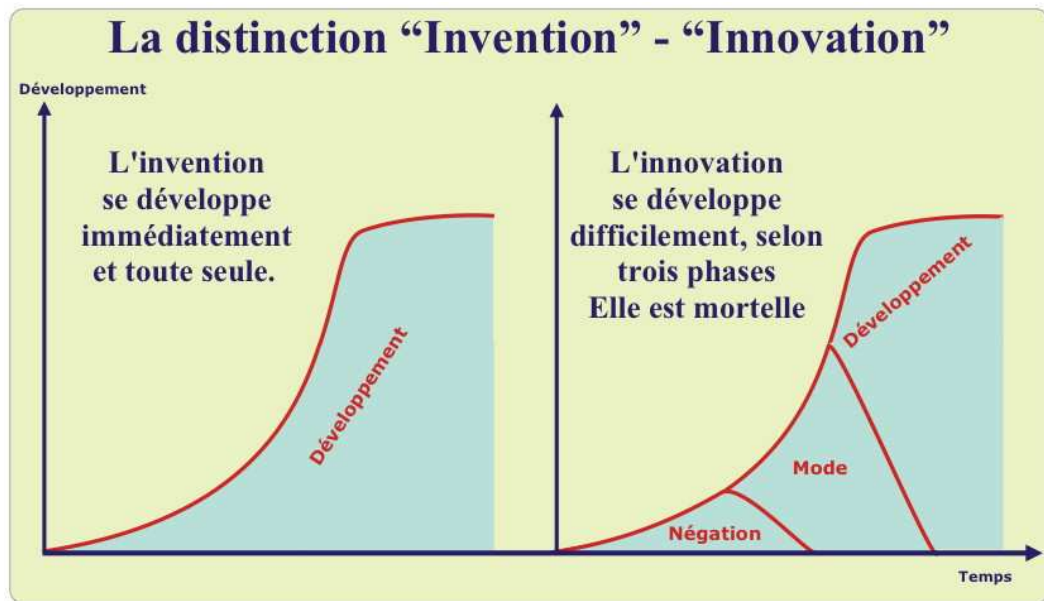
La réponse peut venir de la distinction faite par l'économiste Joseph Schumpeter (1883 - 1950) entre les "inventions" et les "innovations" et l'illustrer au sujet de la chirurgie ambulatoire.

La réflexion de Schumpeter vient du constat de ce, qu'à "égalité de bienfaits pour l'humanité", certaines nouveautés se développent rapidement et partout, alors que d'autres disparaissent avant d'avoir pu porter leurs fruits.

Ses analyses le conduisent à distinguer :

- ✚ les "inventions" qui créent de la nouveauté là où il n'y a rien ou qui détruisent l'existant pour lui substituer du neuf
- ✚ les "innovations" qui modifient l'ancien, le renouvellent, le transforment.

Invention et innovation ne se diffusent pas de la même manière. L'invention se diffuse rapidement, sans aucune difficulté, une fois que son apport est prouvé. L'innovation, à égalité de "bienfaits" potentiels, se diffuse, elle, selon trois phases (cf. schéma infra-).



Dans une première phase dite « de négation », l'innovation est combattue par les spécialistes. Les arguments, selon Schumpeter qui ne parle pas de médecine, sont souvent les mêmes : le premier consiste à dire que l'innovation n'apporte rien qui ne soit déjà connu et pratiqué depuis longtemps (*"cela ne sert à rien..." "On l'a toujours fait..."*) ; le second type d'argument insiste, lui, sur le fait que cette innovation serait porteuse de dangers potentiellement graves... Devant ces arguments défendus par les meilleurs spécialistes, l'innovation peut disparaître. Les exemples sont nombreux. Le parallélisme peut être fait avec la chirurgie ambulatoire où ses détracteurs l'ont déniée en confondant avec de la chirurgie rapide (et donc dangereuse) et en cherchant longtemps le nombre de morts qu'elle avait provoqués.

Dans une deuxième phase dite « de mode », les apports bénéfiques de l'innovation, une part de chance, et l'engagement de ses soutiens l'ayant empêché de disparaître, ses "bienfaits" commencent à être connus. Schumpeter décrit alors une phase qui, de nouveau, présente de grands dangers pour l'avenir de cette innovation : celle de la mode. Tout le monde dit maintenant la pratiquer. Plus personne n'ose dire qu'il ne la maîtrise pas. Elle est présentée comme une évidence pratiquée par tous. Pourtant, les conditions de sa mise en œuvre peuvent ne pas être respectées ou être mal respectées. L'innovation risque donc de disparaître car, effectivement, elle ne tient plus ses promesses. Parfois elle devient même dangereuse, ce qui la condamne encore plus rapidement car cela réveille les critiques de la première phase, sur le thème *"on vous l'avait bien dit"*. Le parallélisme peut être fait avec la chirurgie ambulatoire où, pour pallier le déclin chirurgical de centres chirurgicaux de faible activité, on les transforme, par un effet mode, en centres de chirurgie ambulatoire avec ce que cela comporte comme risques du fait d'une mise en œuvre non optimale de ses conditions d'organisation.

Si l'innovation échappe à ces nouveaux dangers, elle arrive alors **dans la troisième phase dite « de maturité »**. L'innovation est utilisée à bon escient. Ses spécificités sont reconnues et mises en œuvre pour elles-mêmes. Elle est véritablement productrice. Elle se diffuse. Comme disait Schumpeter, elle devient *"ce changement irréversible dans la manière de faire les choses"*. Les pays qui ont largement développé la chirurgie ambulatoire, sont arrivés à ce degré de maturité en créant de nouveaux comportements qui replacent le patient au centre de l'organisation (cf. fiche n°2).

En conclusion, l'invention se diffuse rapidement, elle ne meurt pas. A l'inverse, l'innovation se diffuse lentement, elle peut disparaître pour de multiples raisons. Il lui faut mûrir et organiser les conditions de sa diffusion. Une raison majeure à cela, selon Schumpeter : l'invention crée des

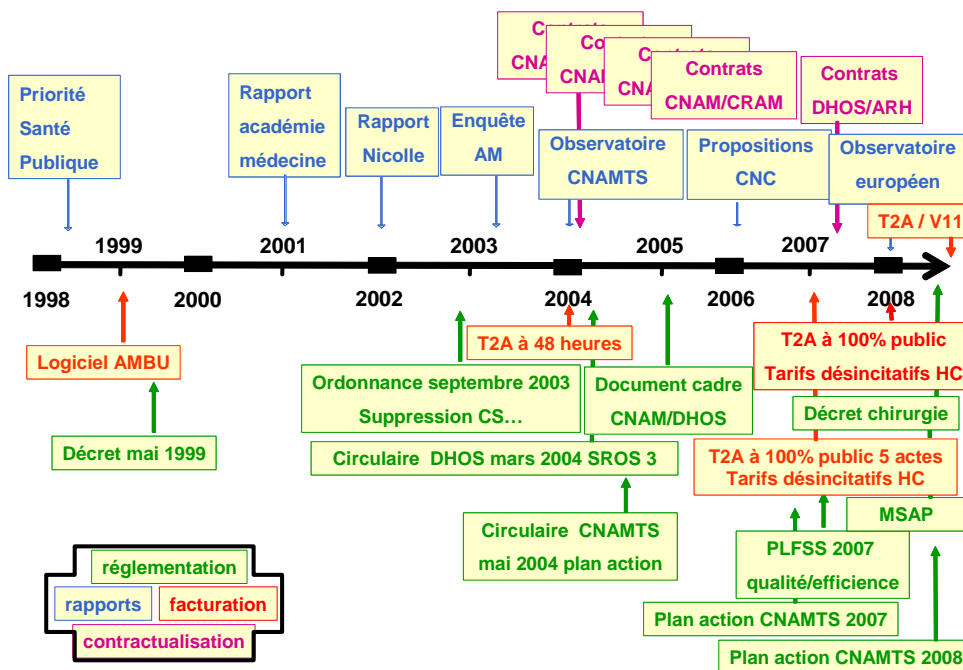
comportements nouveaux, l'innovation modifie les comportements anciens. Or, modifier les comportements est beaucoup plus difficile et risqué que d'en créer.

En conséquence, le développement d'une innovation, comme la chirurgie ambulatoire, nécessite une politique incitative adaptée, en accompagnant le changement des acteurs. Elle n'a pas d'abord besoin de moyens supplémentaires, elle a surtout besoin de protection, d'encadrement, d'incitations, de compréhension et de soutien de ses conditions de mise en œuvre.

L'ambulatoire est donc bien une innovation. Le progrès technique n'y est pour rien. L'acte est le même, l'équipe chirurgicale est la même, le bloc opératoire est le même. Seules l'organisation et la sélection des patients fondent et rendent possible la chirurgie ambulatoire. Par contre elle favorisera les progrès techniques en soulignant les nécessaires et parfois nouveaux champs de progrès : molécules permettant le réveil rapide ou au contraire molécules et techniques permettant un certain effet retard, conditions d'une meilleure cicatrisation, conditions d'une meilleure maîtrise de la douleur et du risque hémorragique, connaissance et maîtrise du phénomène de "jet lag" à la suite d'une anesthésie générale, meilleure insertion du médecin traitant dans le circuit, principalement en pré-opératoire

IMPACTS DES POLITIQUES INCITATIVES EN FRANCE

La France a eu d'innombrables politiques incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire depuis plus de 10 ans (cf. schéma infra-). Il y a eu des incitatifs de type réglementaires, de type rapports améliorant les bonnes pratiques, des incitatifs liés aux modes de rémunération et de ceux qui sont basés sur la contractualisation. Pourtant les résultats et leurs impacts sont décevants.



Quelques illustrations peuvent être données.

Le Budget global instauré en 1984 aurait pu être pour les établissements publics un incitatif puissant à développer la chirurgie ambulatoire dans la mesure où l'intégralité des progrès de productivité est gardée par l'hôpital. De même, le document cadre de janvier 2005 signé pour l'élaboration du volet chirurgie ambulatoire des SROS de 3^{ème} génération par la DHOS et l'UNCAM à destination des ARH, URCAM, CRAM, DRSM et CGSS suggérait aux directeurs d'hôpitaux de profiter de la période de montée en charge de la T2A pour jouer à plein de cet effet incitatif "budget global"... Il est probable que le désincitatif du budget global en matière d'intérêt à agir, a été encore plus puissant.

A l'inverse, il est souvent dit que le paiement à l'acte a été un incitatif fort pour les cliniques privées. N'est-ce pas plutôt la conjonction, chez les tout premiers pionniers en France, à la fin des années 80, du paiement à l'acte et des contraintes de la carte sanitaire qui leur interdisait de créer des lits et donc d'augmenter leur activité?

De même, le multiplicateur de points ISA et son outil le logiciel "ambu" en 1999 ont été jugés inopérants par nombre d'hospitaliers dans la mesure où cet incitatif financier paraissait hors de propos dans un cadre dominé encore par le budget global. L'outil, malgré la revendication forte d'une augmentation des recettes, était inopérant tant les logiques culturelles sur les manières de faire étaient éloignées.

Le taux de change dérogatoire et les quotas ont été considérés comme des freins à l'ambulatoire alors même que cette prise en charge était désignée par les politiques comme devant être soumis à un impératif de développement prioritaire. Il peut paraître paradoxal de freiner une innovation par des quotas et des taux de change et, en même temps, de la désigner comme prioritaire en « objectifs de santé publique ». de même, la levée des quotas et des taux de change depuis la suppression de la carte sanitaire n'a pas entraîné de développement plus important dans le secteur privé lucratif.

Enfin, la CM24 du PMSI portée à 48 heures en 2004 était forcément délétère pour la « vraie » chirurgie ambulatoire. Car, sous prétexte d'incitatif financier (le tarif moyen issu des tarifs de l'ambulatoire et du séjour d'une nuit était par construction plus élevé que le tarif sans nuit d'hospitalisation), le risque a été pris d'une confusion entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie de très court séjour. L'impératif d'une organisation spécifique pouvait, à nouveau, être nié.

Toutes ces mesures incitatives n'ont eu, au mieux, qu'un très faible impact, et parfois même un impact négatif (cf. fiche n°23). La question se pose donc, du fait de la nature même de la chirurgie ambulatoire qui est une innovation, d'identifier les conditions d'une vraie politique incitative efficiente et/ou de l'adaptation des incitatifs existants et/ou de la maîtrise des inévitables effets pervers de toute incitation.

CONDITIONS D'UNE POLITIQUE INCITATIVE EN FRANCE

La question est donc bien celle d'une "problématique de développement", d'une "incitation à l'innovation". Si la chirurgie ambulatoire est bien une "innovation" au sens où l'entend Schumpeter, il est clair que les politiques initiales doivent être pensées et mises en place en fonction de la "phase" dans laquelle on se situe.

La première exigence est donc de faire le diagnostic du degré de développement de cette innovation. Puis de mettre au point les caractéristiques d'une politique adaptée à cette phase. Enfin d'anticiper les effets pervers suscités par l'existence même de cette politique incitative.

Pour l'illustrer succinctement, il peut être dit que :

- ✚ dans la phase de "*négation*", il faut avant tout protéger les innovateurs et évaluer les "bienfaits" de l'innovation pour résister à leur négation par les spécialistes. C'est ainsi, par exemple, que beaucoup ont interprété l'absence de contrôle du respect de la réglementation dont bénéficiait le secteur public comme une forme d'incitation. Ce n'était pas faux, mais il a pu être constaté que la chirurgie ambulatoire "foraine", malgré la présence de promoteurs courageux et éclairés, a rarement accéléré l'apparition d'une vraie chirurgie ambulatoire.
- ✚ dans la phase "*mode*", il faut protéger l'innovation en caractérisant la "nouvelle manière de faire", en la valorisant, et en pénalisant ceux qui ne la respectent pas. La réglementation et son contrôle sont ici une exigence beaucoup plus forte que dans la première phase. Schumpeter le dit bien, le plus grand risque pour l'innovation est ici de "faire" sans respecter les conditions de mise en œuvre.
- ✚ dans la phase "*développement*", la politique incitative n'est plus nécessaire, l'ancienne "manière de faire" disparaît, les bienfaits de l'innovation suffisent à l'imposer. La question est ici de faire admettre la disparition des "avantages" liés aux politiques incitatives anciennes.

Il est frappant de constater que les fondements de ces politiques incitatives sont les mêmes dans chaque pays, et au cours du temps, alors que les systèmes de santé sont très différents.

Deux citations à 10 ans de distance l'illustrent au sujet de la chirurgie ambulatoire :

✚ 1997 : Bernard V. Wetchler, l'un des fondateurs de l'ASA (American society of anesthesiologists) lors de la "James H. Nicoll Memorial Lecture"³²

« *La réussite de la chirurgie ambulatoire dépend de cinq points :*

- *la formation des fournisseurs de soins (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, personnels, patients, familles) ;*
- *la sélection des interventions et des procédures ;*
- *la sélection des patients ;*
- *la prise en charge des soins post-anesthésiques ;*
- *la formation des financeurs.*

La question de savoir à quel type de prise en charge doit correspondre une intervention chirurgicale doit rester du ressort de la décision médicale et la réponse ne devrait pas dépendre uniquement de son coût ou de son remboursement. »

✚ 2007 : Policy Brief³³

« *10 recommandations clés pour arriver à développer la chirurgie ambulatoire :*

- *Considérer la chirurgie ambulatoire, et non l'hospitalisation complète, comme la norme pour les interventions programmées ;*
- *Individualiser les flux de patients ambulatoires et hospitalisés ;*
- *Adapter les unités de chirurgie ambulatoire aux contraintes locales tout en les séparant, autant que possible, des secteurs d'hospitalisation complète ;*
- *Doter les unités de chirurgie ambulatoire d'un management spécifique et d'un personnel soignant dédié ;*
- *S'appuyer sur des chirurgiens et des anesthésistes motivés pour conduire le changement ;*
- *Réaliser des économies en s'assurant que le développement de la chirurgie ambulatoire s'accompagne de réductions des capacités d'hospitalisation complète ;*
- *Investir dans des programmes de formation pour les professionnels hospitaliers et de ville*
- *Supprimer les obstacles économiques et réglementaires ;*
- *Mettre en place des incitatifs cohérents ;*
- *Organiser le suivi et la diffusion des résultats (y compris les points de vues des patients). »*

Dès lors que sont évoquées les politiques incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire, il se pose la question de l'adaptation de la tarification.

Lors du discours conclusif du Premier Congrès International de Chirurgie Ambulatoire à Bruxelles en 1991, Claude de Lathouwer affirmait, en parlant des systèmes hospitaliers des pays développés, que "*se plaindre de l'insuffisance des ressources n'est pas responsable tant qu'un usage correct n'est pas fait de celles qui existent*". Autrement dit : un meilleur usage des ressources disponibles est préférable à des ressources supplémentaires.

Il est à rappeler que la tarification reste un des lieux majeurs de mise en cohérence entre les différentes sphères d'activité concernées (médicale, économique, financier, éthique, politique) et avec les critères d'évaluation qui s'imposent à elles (les droits des citoyens en matière d'équité, de qualité, de sécurité, d'efficacité et d'accessibilité du système de soin).

³² Londres - 2^e congrès de l'IAAS - Avril 1997 : « A quarter century of accepting the challenges while avoiding the pitfalls of ambulatory surgery » (un quart de siècle de challenges acceptés et de pièges évités en matière de chirurgie ambulatoire) - Ambulatory Surgery 5 (1997) 101-104

³³ "Policy Brief Day surgery : Making it Happen" European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16 et IAAS www.iaas-med.com (<http://www.iaas-med.com/docs/policy.pdf>)

Si la question de la tarification n'est pas première, elle est au cœur de toutes les approches qui prévalent en matière de système de soins hospitaliers. La tarification de la chirurgie ambulatoire n'échappe pas à cette complexité et à cet impératif de cohérence systémique.

La mise en place d'un tarif identique entre les séjours de chirurgie ambulatoire et les séjours d'hospitalisation traditionnelle sur un nombre ciblé d'interventions chirurgicales peut être la clé permettant l'émergence ou la pérennité de l'organisation spécifique de la chirurgie ambulatoire en dissociant définitivement la définition de la chirurgie ambulatoire et la politique tarifaire de rémunération des séjours.

Dans la réflexion à propos d'une politique incitative basée sur le tarif identique, il est à remarquer que la baisse seule du tarif de l'ambulatoire peut apparaître contre productif car il brouille le message et pousse à l'effet pervers de nuits hospitalisées injustifiées. A l'inverse, la baisse seule des tarifs des séjours d'hospitalisation traditionnelle risque d'être perçu à la fois comme une injustice et comme une prime à la « bobologie » ou à la « chirurgie rapide » qui devient une chirurgie dangereuse.

Mais, instaurer le tarif identique constitué à partir de la moyenne entre le tarif de chirurgie ambulatoire et de chirurgie traditionnelle puis le baisser progressivement au vu des constats de la productivité d'ensemble, donne du sens et pousse à ce que les économistes appellent une "concurrence fictive", qui apparaît saine, car contrôlée du point de vue du respect des impératifs du système de santé. Tous les nombreux pays qui ont mis en place un tarif unique (en France, le tarif est dit « identique » au niveau intra-sectoriel pour échapper à la confusion avec la problématique du tarif « unique » intersectoriel qui est issu du processus théorique de « convergence » public/privé) s'en sont félicités. Partout, malgré des contextes très différents, cette politique s'est montrée efficace. Certains pays ont même fait le choix, pour un temps donné et sur quelques gestes marqueurs, de survaloriser les séjours ambulatoires par rapport aux séjours de plus d'une nuit afin de « marquer » les esprits et d'inciter au changement. Il reste à signaler que les modalités et les limites de telles politiques sont à la fois variables d'un pays à l'autre et fondamentales pour le succès des mesures prises.

Il reste à conclure que les systèmes basés sur les seuls primes et subventions en matière de politiques incitatives sont reconnues moins efficaces qu'une politique tarifaire claire, car ils « externalisent » les critères de réussite des équipes de direction. Le "bon directeur" devient dans ce cas celui qui ramène le plus de financements externes complémentaires. A l'inverse, l'incitation tarifaire recentre les directions sur l'organisation interne, et sur leur capacité en matière de promotion du changement interne, d'amélioration du savoir-faire des équipes et de qualité du service rendu.

Il faut enfin souligner la démarche originale en France basée sur la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des prestations d'hospitalisation avec hébergement. **Pour normatif qu'il soit, ce mécanisme de l'accord préalable correspond bien à une véritable rupture dans la couverture assurantielle où la chirurgie ambulatoire devient la norme, l'hospitalisation complète se faisant par exception.**

En ce qui concerne le développement de la chirurgie ambulatoire, les questions de la mise au point de politiques incitatives adaptées et évolutives, de leur évaluation et de leur maîtrise sont donc centrales.

Elio Guzzanti avait bien raison d'être *"particulièrement attentif aux conditions visant à favoriser ce développement."* L'enjeu reste aussi celui de la diffusion des bonnes pratiques, d'un saut qualitatif et sécuritaire mais aussi celui du prix de revient des prises en charge chirurgicales. La question est de savoir quand, et en quelle proportion, les patients, la société, les professionnels pourront bénéficier des "bienfaits" de la chirurgie ambulatoire.

Alors, une nouvelle "manière de faire" se sera imposée : *«la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie hospitalisée, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour en hôpital.»*³⁴

³⁴ Paul E. JARRETT, Bernard V. WETCHLER ; Editorial d' Ambulatory Surgery volume 1 N° 1 Mars 1993

BIBLIOGRAPHIE

1. G. Bazin, « Stakes of the ambulatory surgery » *VII Annual European Society of Regional Anesthesia & Pain Therapy, Congress, Paris, June, 1987*
2. M.J. Cano, « Rapport sur la Chirurgie ambulatoire », *Ministère de la Santé, septembre 1988*
3. SFAR, « Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire », *SFAR, 2^{ème} édition, 1990-1994*
4. G. Parmentier, « Problèmes administratifs et financiers posés par l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire » *Cahiers de chirurgie n°90 février 1994*
5. L. Jouffroy « Follow-up indicators for ambulatory surgery » *3rd International Congress on Ambulatory Surgery, Venice-Italy, April 1999*
6. Conférence de consensus « La chirurgie sans hospitalisation », *Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 23, 24 et 25 mars 1993*
7. G. Parmentier « Problèmes administratifs et financiers posés par l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire dans le secteur privé » *Cahiers de Chirurgie, 1994, n°90*
8. G. Parmentier, G. Bazin «Chirurgie ambulatoire : où en sommes-nous ? éléments de réponse », *Annales Françaises d'anesthésie réanimation, 1995, 14 : 383-386, Masson, Paris*
9. G. Parmentier, G. Bazin « Organisation des plateaux techniques » *Chapitre 60 de Anesthésie Réanimation Chirurgicale Kamran Samii Médecine Flammarion 2^{ème} Ed, 1995, pp 592-602*
10. G. Parmentier, « Les conditions du succès d'une unité de chirurgie ambulatoire » *Journal d'Anesthésie Réanimation, n°3, septembre 1995,*
11. H. Johanet, Ph. Marichez, F. Gaux « Organisation et résultats de la cure de hernie de l'aîne par laparoscopie en chirurgie ambulatoire », *Annales de chirurgie, 1996, 50, n°9*
12. AFCA 1996 « Congrès de Limoges, notion d'actes marqueurs, accréditation australienne » *publication AFCA février 1997*
13. ANAES « la chirurgie ambulatoire », *mai 1997*
14. J. Langlois, « Anesthésie ambulatoire », *Editions Temps pastel, 1997*
15. L. Jouffroy « Actualités de l'AFCA ». *AFCA 1996. Annales Françaises Anesthésie Réanimation 1997 ; 16 : fi13-fi15*
16. C. De Lathouwer, JP. Poullier, «Ambulatory surgery in 1994-1995 : the state of the art in 29 OECD countries and trends ?" *Ambulatory Surgery 6 (1998) 43-55*
17. MC L'Huillier, C. Mann, G. Migliori « Chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics français » *La presse Médicale, 28 février 1998, 27, n°8*
18. Jouffroy L, L. Ricour "Some relevant evaluation criteria in ambulatory surgery: the French experimentation ". *Ambulatory surgery; 1998*
19. L. Jouffroy « Action du groupe qualité en Chirurgie ambulatoire ». *Les actes de la SO.F.E.S.TEC. (Société Française d'Évaluation des Soins et des Technologies), 1998*
20. L. Jouffroy « Conduite d'un programme d'assurance qualité en anesthésie ». *Bolus, 1998.*
21. L. Jouffroy « Le coordonnateur en chirurgie ambulatoire : une fonction indispensable. » *Bolus, 1998.*
22. Lettres de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, *AFCA n° 1 à 6, 1998-2000*
23. P. Felix, Y. Ventadoux, JM. Guérineau « Prise en charge ambulatoire, confort et satisfaction de 100 hernies inguinales consécutives traitées par Shouldice au fil d'acier et sous anesthésie locale », *Annales de Chirurgie, 1999, 53, n°5*
24. H. Fernandez « La chirurgie ambulatoire en gynécologie en hospitalisation publique », *Annales de Chirurgie, 1999, 53, n°5*
25. C. De Lathouwer, JP. Poullier, « How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends ? ». *Ambulatory Surgery 8 (2000) 191-210*
26. AFCA 2000 « Chirurgie ambulatoire », *publication AFCA novembre 2000*
27. PEM Jarrett, C. De Lathouwer, TW Ogg, « The time has come to promote true day surgery », *Elsevier, Ambulatory Surgery 8 (2000), 163-164*
28. L. Jouffroy, L. Ricour « Critères pertinents d'évaluation pour la chirurgie ambulatoire ». *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie. Sauramps médical, 2000 ; 195-210*
29. L. Jouffroy « Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité ». *Bull Académie National Médecine. 2001 ; 185(6) : 1045-55.*

30. G. Bazin « Approche du concept d'organisation pour la création d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire », Actes et article, Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française, *ADRAPEF, Pau, avril 2001*
31. Académie nationale de Médecine « la chirurgie ambulatoire ». *Bulletin Académie Nationale de médecine, 2001, 185, n°6, 1023-1085, 1169-1170, séance du 12 juin 2001*
32. G. Bontemps, N. Coustar, M.H. Toupin, "Enquête nationale chirurgie ambulatoire et son articulation avec le PMSI ", *Actes des Journées EMOIS 2002, Nancy, mars 2002.*
33. Revue Bolus « Pourquoi la chirurgie ambulatoire ne décolle pas ? » *Bolus, juillet-août 2002, n°53, 14-17*
34. L. Roberts, G. Parmentier, « IAAS clinical indicators for ambulatory surgery » *IAAS nov 2002*
35. A. Sewonou & Co "Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000" *Annales de Chirurgie, 2002, 127, 262-7*
36. G. Bontemps, G. Bazin, "Social security insurance and exhaustive survey in day case surgery", *5th International Congress on Ambulatory Surgery, Boston, May 2003*
37. L. Jouffroy « Ambulatory surgery in France ». *5th International Congress on Ambulatory Surgery, Boston, May 2003*
38. Revue Horizon « Résultat d'une vaste enquête », *Horizon, juillet août 2003, n°146*
39. G. Bontemps, JP Sales, "Assurance maladie et chirurgie ambulatoire : quels patients? Quelles dépenses?", *Revue des Entretiens de Bichat, Paris, septembre 2003*
40. CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003 (www.ameli.fr)*
41. CNAMTS, CCMSA, CANAM, "dépenses de l'assurance maladie : étude comparative entre les prises en charge ambulatoire et hospitalisation complète en 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
42. CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Etat des lieux et typologies des établissements de santé en 1999 » *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
43. CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Freins et leviers : enquête d'opinion auprès des professionnels d'établissements de santé en 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
44. CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
45. L. Jouffroy, G. Parmentier, L. Ricour « Unité de chirurgie ambulatoire : principes et outils ». *In Hygiène et sécurité dans les établissements de santé, classeur collectif - éditions AFNOR, 2003.*
46. L. Jouffroy, G. Parmentier, L. Ricour « Indicateurs médicaux en chirurgie ambulatoire ». *In Hygiène et sécurité dans les établissements de santé, classeur collectif - éditions AFNOR, 2003*
47. G. Bontemps, "La chirurgie ambulatoire en France : quels besoins? Quelle offre? Quelles opinions ? quel coût ? ", *Actes des Journées EMOIS 2004, Nancy, mars 2004*
48. G. Bontemps, "impact médico-économique pour un établissement de soins", *36^{ème} journées internationales d'anesthésie réanimation, CNAMTS, Paris, mars 2004(www.jepu.net)*
49. G. Bontemps, "Cataracte et vieillissement : un enjeu médico-économique", *Journées d'Etudes de l'Assurance Maladie : les enjeux du vieillissement de la population, Paris, Mars 2004*
50. M. Gentili, L. Jouffroy « Sélection des patients opérés en chirurgie ambulatoire ». *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2004 (www.jepu.net)*
51. G. Bontemps, MH. Toupin, "Evolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives", *CNAMTS, Paris, novembre 2004 (www.ameli.fr)*
52. CNAMTS, "Observatoire national chirurgie ambulatoire : typologies des établissements de santé en 2001", *CNAMTS, Paris, novembre 2004*
53. CNEH, chirurgie ambulatoire, *Revue Technologie Santé CNEH n° 53, Paris, novembre 2004*
54. Guide Pratique des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, *Ed Weka, Paris, janvier 2005*
55. G. Bontemps, "L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître?", *Info en Santé, février 2005, lettre n°10*

56. L. Jouffroy « Sujet âgé et chirurgie ambulatoire ». *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2005* (www.jepu.net)
57. G. Bontemps, "Vers une disparition programmée de la chirurgie publique?" *Journal d'Economie médicale 2005, juillet-août 2005, Vol 23, n°34*
58. M. Gentili, L. Jouffroy, X. Paqueron, P. White, « Anesthésie en chirurgie ambulatoire » *Editions Arnette, 2005*
59. G. Bazin « La chirurgie ambulatoire est un enjeu éthique », *Actes Ambuforum, Montpellier, décembre, 2005*
60. G. Parmentier, « Proposition de terminologie et de définitions concernant la chirurgie ambulatoire / suggested international terminology and definitions », gerard.parmetier@wanadoo.fr
61. S. N'Guyen Roux, L. Jouffroy « Prise en charge ambulatoire des urgences main ». *In Plaies de la Main, Cahiers d'enseignement de la SOFCOT n°93 : 255-260. Elsevier, 2006.*
62. G. Bontemps, "Comment utiliser la tarification pour favoriser les processus de soins les plus efficaces ", *Actes des Journées EMOIS 2006, Nancy, mars 2006*
63. P. Lemos, P. Jarrett, B. Philip, "Day surgery Development and Practice", *publication IAAS 2006*
64. G. Bontemps, "Chirurgie ambulatoire : de l'observatoire national à l'observatoire européen ", *Actes des Journées EMOIS 2007, Nancy, mars 2007*
65. G. Bontemps, JP Sales, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », *Le Nouvel Hospitalier, SNCH, Paris, avril, mai 2007*
66. G. Bazin, « La chirurgie ambulatoire », *journée nationale de la chirurgie, Fédération Hospitalière de France, Paris, juin 2007*
67. L. Jouffroy « 2007 Année de la chirurgie ambulatoire ? » *Revue de presse, (www.web-anesthesie.fr)*
68. L. Jouffroy, G. Hartmann, P. Hamm « Les défis de l'ambulatoire ». *Actes du 25^{ème} congrès MAPAR (Mises au point en anesthésie réanimation), Paris, juin 2007.*
69. G. Bazin, « perspectives de la chirurgie ambulatoire en France » *Actes du congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, Paris, septembre, 2007*
70. G. Bontemps « Les défis et les enjeux de la chirurgie ambulatoire" *Officiel Santé, novembre 2007*
71. Policy brief : day surgery making it happen *IAAS / European Observatory on Health Systems and politics, 2007*
72. G. Bontemps, "chirurgie ambulatoire : condition essentielle à la survie de la chirurgie" *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
73. M. Lambret, E. Pourel, M. Heck, H. Bouaziz « Les causes d'insatisfaction du patient en chirurgie ambulatoire » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
74. F. Sztark, F. Gadrat, C. Bourdalle-Badie « Enjeux organisationnels de la chirurgie ambulatoire » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
75. JP. Sales « Quelles chirurgies pour l'ambulatoire ? » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
76. A. Deleuze, ME. Gentili, F. Bonnet « La chirurgie esthétique en ambulatoire » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
77. F. Babre, C. Bourdalle-Badie, AM Cros, F. Sztark, « Quels patients en ambulatoire ? » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
78. H. Massa, S. Hubert, G. Ruggiu, M. Raucouls-Aimé « Quelles techniques d'anesthésie pour l'opéré ambulatoire ? l'anesthésie générale » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*
79. M. Gentili, A. Deleuze « Rachianesthésie et chirurgie ambulatoire » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008 (www.jepu.net)*

80. M. Gentili, N. Vialles, J. Ripart, E. Viel «Analgésie de l'opéré ambulatoire : efficacité analgésique et sécurité sont-elles compatibles ? » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008* (www.jepu.net)
81. X. Paqueron, P. Macaire « L'anesthésie locorégionale périphérique per et post-opératoire » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008* (www.jepu.net)
82. JP. Pierné « Le suivi post-opératoire : les réseaux ville-hôpital » *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008* (www.jepu.net)
83. L. Jouffroy, S. N'Guyen Roux « Les nouveaux défis de l'ambulatoire ». *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008* (www.jepu.net)
84. L. Jouffroy, G. Hartmann, P. Hamm « Chirurgie ambulatoire : les dispositions réglementaires ». *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008* (www.jepu.net)
85. L. Jouffroy « Anesthésie en chirurgie ambulatoire » *regards de la FHP, Paris, juin-juillet 2008, n°57*
86. G. Bontemps, "principes et enjeux stratégiques de la chirurgie ambulatoire" *regards de la FHP, Paris, juin-juillet 2008, n°57*

INDEX

A

- **Académie nationale de Médecine**
31
- **accueil**
17, 42, 53, 54, 59, 61, 68, 75, 77, 88
- **actes**
5, 9, 11, 17, 19, 21, 27, 31, 35, 41, 42, 45, 47, 49, 51, 61, 63, 73, 75, 79, 80, 83, 85, 86, 87, 89, 91, 93, 95, 99, 105, 106
- **activité**
17, 19, 21, 27, 37, 43, 54, 55, 56, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 71, 75, 77, 79, 80, 81, 83, 97, 98, 100
- **AFCA**
41, 42, 91, 100
- **âge**
42, 43, 100
- **amygdalectomie**
35, 64, 65, 89, 93, 100
- **anesthésie**
9, 13, 15, 21, 27, 31, 33, 37, 41, 42, 43, 47, 49, 51, 58, 71, 73, 75, 88, 93, 95, 99
- **aptitude à la rue**
15, 23, 51, 53, 100
- **ASA**
41, 43, 100, 101
- **aval**
29, 75, 77, 79

B

- **bénéfice**
9, 21, 43, 45, 67, 73, 89, 93, 94, 95
- **bénéfice risque**
9, 73, 89
- **besoins**
21, 56, 57, 58, 63, 64, 65, 71, 75, 79
- **bloc opératoire**
13, 17, 21, 23, 43, 49, 53, 54, 58, 59, 67, 68, 99

C

- **cabinet**
21, 62, 81, 85
- **centres spécialisés (intégrés, autonomes, satellites, indépendants, free standing)**
19, 54, 55, 56, 59, 61, 62
- **circuit**
17, 53, 56, 57, 58, 59, 67, 88, 95, 99
- **compréhension**
41, 42, 69, 75, 99
- **concept**
31, 37, 49, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 67, 68, 79, 95, 97
- **continuité des soins**
21, 29, 56, 75, 77, 79, 87
- **convention**
19, 21, 43, 56, 61, 75, 77

D

- **définition**
27, 31, 37, 47, 49, 59, 69, 73, 81, 82, 83, 89, 95, 96, 102
- **durée d'ouverture**
17, 23, 25, 27, 67
- **durée de séjour**
23, 67, 68, 95, 96

E

- **efficience**
101
- **éloignement**
41, 43
- **environnement**
11, 17, 21, 42, 47, 53, 57, 58, 71, 75, 79, 80, 83, 94

F

- **fast track**
17, 53, 57, 58, 94
- **flux**
25, 27, 43, 47, 49, 53, 55, 56, 59, 63, 64, 69, 70, 73, 83, 95, 101

H

- **HAD**
29, 75, 79, 80, 81
- **Hébergement**
19, 31, 33, 54, 61, 67, 80, 81, 82, 83, 95, 96, 102
- **horaires**
23
- **hygiène**
41, 42

I

- **IAAS**
9, 27, 29, 31, 37, 64, 81, 95, 101
- **IADE**
47
- **implication des patients**
11
- **incitatif**
37, 99, 100, 101

L

- **ligamentoplastie du genou**
35, 89, 93, 94
- **listes d'actes**
35, 82, 89, 91, 93

M

- **médecin coordonnateur**
25, 51, 69
- **MSAP**
33, 42, 87, 91, 102

O

- **observance**
41, 42
- **offre**
21, 62, 106
- **organisation**
9, 11, 17, 19, 27, 29, 31, 37, 45, 49, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 73, 75, 77, 79, 82, 83, 88, 89, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102

P

- **part de marché**
61, 64, 65, 97
- **personnel**
17, 25, 51, 53, 59, 62, 64, 69, 71, 77, 79, 86, 88, 93, 101
- **personnel soignant**
25, 71, 101
- **place**
21, 42, 55, 58, 59, 63, 64, 65
- **planning**
17, 55, 59, 68, 73
- **policy brief**
9, 27, 29, 31, 37, 101
- **potentiel**
21, 61, 63, 65, 80
- **professionnels non anesthésistes**
13, 47
- **projet de décret**
62, 67, 71, 77, 80, 81, 83
- **pratique**
9, 11, 13, 27, 35, 41, 42, 43, 47, 49, 51, 54, 58, 59, 62, 71, 73, 88, 89, 91, 99, 102

Q

- **qualité**
9, 11, 17, 21, 41, 51, 53, 58, 61, 62, 68, 75, 77, 79, 81, 95, 101, 102

R

- **recommandation**
9, 13, 15, 29, 33, 41, 43, 51, 64, 73, 93, 101
- **responsabilité**
11, 15, 33, 45, 47, 49, 51, 69, 71, 85, 86, 87, 88, 89, 91
- **repos**
17, 53, 58, 67, 82, 88
- **réveil**
23, 57, 58, 88, 99
- **rôle du patient**
11, 45

S

- **sélection des patients**
9, 41, 43, 73, 79, 99, 101
- **seuil d'activité**
21, 63, 65
- **SFAR**
13, 33, 41, 42, 43, 51, 73
- **shunt**
57, 58
- **sortie**
15, 17, 31, 42, 51, 53, 58, 68, 75, 88, 95
- **SSPI**
17, 57, 58, 59
- **surveillance**
13, 17, 23, 51, 53, 57, 58, 59, 67, 71, 88

U

- **urgences**
27, 41, 68, 73, 77, 87, 89

V

- **varices**
35, 57, 65, 89, 93, 94