



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2019 –

**« CHIRURGIE AMBULATOIRE :  
QUELLE COORDINATION VILLE-HOPITAL? »**

– Groupe n° 8 –

**Thibaut DELENEUVILLE  
Mikael EL CHAMI  
Amandine GILARDEAU  
Romain LE CLERC  
Rosa-Belle MALACRINO**

**Julien MARION  
Justine PAVIOT  
Valérie SANSOUCY  
Latifa SCHEIRLINCK  
Mickael VANHERSECKE**

*Animatrice*  
**Nolwenn LE MEUR**



---

## Remerciements

---

Nous tenons à remercier :

Mme Nolwenn Le MEUR, responsable pédagogique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), pour son aide lors du travail préparatoire à ce rapport,

Madame Emmanuelle DENIEUL et Monsieur Christophe LERAT, responsables du module interprofessionnel (MIP), pour l'organisation de ces semaines inter filières

Monsieur Martin BEGAUD, Chargé de Mission, Pôle ambulatoire, innovations et démocratie sanitaire, ARS Ile de France, Délégation départementale de Paris

Docteur Yannick EON, Médecin qualifié en Santé Publique et Médecine Sociale, ARS Bretagne

Monsieur Hugo FAURE-GEORS, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales, direction de la qualité, de la performance et de l'innovation, responsable du service pertinence et innovation, ARS Grand Est.

Docteur Catherine GUYOT, Responsable adjointe du département, Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale, Département Promotion de la Santé, Prévention et Vulnérabilité, ARS Grand-Est

Docteur Thierry LEVY, Direction des Coopérations Territoriales et de la Performance, ARS Bretagne

Docteur Claire TRICOT, conseiller médical à la direction offre sanitaire, ARS Grand Est

Docteur Michel VAN RECHEM, Médecin Urgentiste CH de Troyes, Président du Conseil départemental de l'Aube de l'ordre des médecins

Madame Marie Pierre CONTOIS, Directrice adjointe, Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'AUBE,

Madame Olivia BRIANTAIS, directrice de l'URPS MLB Bretagne

Monsieur Philippe REY, Vice-Président, URPS Infirmiers Libéraux Auvergne Rhône-Alpes.

Professeur Corinne VONS, PU-PH, AP HP, chirurgie viscérale et digestive, Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire AFCA.

Madame Véronique FAUJOUR, Directrice Adjointe à la Direction des Coopérations et de la Stratégie des Hospices Civils de Lyon,

Madame Delphine LE MAISTRE, Cadre de Santé des Hospices Civils de Lyon,

Mme Marie-Agnès MARION, Direction Adjointe Groupement Hôpitaux-Est, des Hospices Civils de Lyon

Docteur Oliver RASPADO, chirurgien viscéral et digestif à l'Infirmierie Protestante à Lyon

Docteur Olivier SKOWRON, président de CME et urologue, Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

Docteur Ivane AUDO, médecin généraliste

Monsieur Pascal VASSEUR, Infirmier Libéral, Expert Médico-légal, ILUHP, Expert Judiciaire CA Aix en Provence et CAA Marseille,

---

## Méthodologie

---

Le présent rapport est rédigé à partir de recherches documentaires détaillées dans la bibliographie ci-après ainsi qu'à partir d'une série d'entretiens réalisés pendant les semaines de travail imparties.

Les entretiens sont répartis en trois catégories d'acteurs : médecine de ville (dont URPS), établissements publics de santé, agences régionales de santé. Les régions Bretagne, Grand Est et Rhône-Alpes ont fait l'objet d'une étude particulière dans le cadre de ce rapport. Les entretiens suivent le guide d'entretien ci-dessous :

	Médecine de ville	Etablissement de santé	ARS
<b>Questions générales</b>			
Quelle est votre connaissance sur les possibilités de chirurgie ambulatoire sur votre région ? Savez-vous bien orienter les patients ? sur quels critères ?	X		
Avez-vous été concerté sur la coordination des parcours en ambulatoire ?	X	X	
Quels sont les leviers pour développer l'ambulatoire ? et les freins ?	X	X	X
Comment expliquer les différences de taux d'ambulatoire entre les territoires ?	X	X	X
Votre établissement dispose-t-il d'une unité de chirurgie ambulatoire dédiée (logiciel, secrétariat, IDE orientation, coordinateur) ? Quels sont les indicateurs utilisés ?		X	
Avez-vous identifié les causes de conversion (défaut de coordination, situation particulière du patient) en hospitalisation complète et ré-hospitalisation ?		X	
Les patients sont-ils satisfaits de leur prise en charge en ambulatoire ?	X	X	
Comment l'ARS appuie-t-elle la coordination ville-hôpital ? (Dispositifs, observatoire, appels à projets, parcours, expérimentations, réunions de concertations, incitations)	X	X	X
Comment les spécificités du territoire influent-elles sur le taux de chirurgie en ambulatoire ?		X	X

Quel rôle pour la télé-médecine dans la coordination entre ville et hôpital ?	X	X	X
La structuration de la ville (CPTS, PTA...) ainsi que les pratiques avancées sont-elles indispensables pour développer l'ambulatoire ?	X	X	X
<b>Avant l'opération</b>			
Quelle coordination avec les autres acteurs de l'ambulatoire ? (Dispositifs, supports)	X (et avec les autres acteurs de la ville)	X	
Quelle coordination pré-opératoire avec les tutelles (ARS/CPAM) autour de la chirurgie ambulatoire ?	X	X	
Comment sont adressés les patients en ambulatoire ?		X	
Participez-vous à un programme de pré-habilitation opératoire ?	X	X	
<b>Après l'opération</b>			
Avez-vous une information suffisante pour assurer le suivi post-opératoire ? (Matériel médical, médicaments, soins de suite, complications, retour à l'hôpital...)	X	X	
Quels sont les outils de coordination ville-hôpital post-opératoires ? (Fiche de liaison, DMP...) ces outils sont-ils adaptés ou doivent-ils être améliorés ?	X	X	X
Que pensez-vous du dispositif PRADO de la CPAM dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ?	X	X	X
Quelles nouvelles opportunités la RAAC offre-t-elle ?	X	X	X

---

## Liste des sigles

---

<b>ACHA</b>	Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire	<b>ISIPAD</b>	l'Intervention Soins Infirmiers Post-Ambulatoire à Domicile
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance	<b>LFSS</b>	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>AFCA</b>	Association Française de Chirurgie Ambulatoire	<b>LMNSS</b>	Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé	<b>NGAP</b>	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
<b>CCAM</b>	Classification Commune des Actes Médicaux	<b>MSAP</b>	Mise sous Accord Préalable
<b>CHU</b>	Centres Hospitalo- Universitaires	<b>PAPRICA</b>	Plateforme d'Appui de Premier Recours pour les Interventions en Chirurgie Ambulatoire
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>PRADO</b>	Programmes d'Accompagnement du Retour à Domicile
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	<b>PTA</b>	Plateformes Territoriales d'Appui
<b>CPTS</b>	Communautés Professionnels de Territoires de Santé	<b>RAAC</b>	Récupération Améliorée Après Chirurgie
<b>DMP</b>	Dossier Médical Partagé	<b>ROSP</b>	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
<b>GHM</b>	Groupe Homogène de Maladie	<b>SFAR</b>	Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs
<b>GHBS</b>	Groupement Hospitalier Bretagne Sud	<b>SAAD</b>	Services d'Aide à Domicile
<b>GHS</b>	Groupe Homogène de Séjours	<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers à Domicile
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile	<b>SNS</b>	Stratégie Nationale de Santé
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé	<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé
<b>HCL</b>	Hospices Civils de Lyon		
<b>IASS</b>	International Association for Ambulatory Surgery		
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat		

---

# S o m m a i r e

---

Introduction

I. Le développement de la chirurgie ambulatoire implique une concertation approfondie entre ville et hôpital, mais cette coordination peine à se matérialiser.

II. Vers un modèle de coordination ville-hôpital autour de l'ambulatoire ?

Conclusion



## Introduction

Depuis 1950, le système de santé français n'a cessé de vouloir s'adapter aux nouveaux besoins de santé en tenant compte de contraintes démographiques, géographiques et financières. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (actuellement plus de 9 millions de personnes sont touchées par une affection de longue durée, soit environ 14% de la population)<sup>1</sup>, l'accroissement des polyopathologies et des phénomènes de dépendance liées à l'allongement de l'espérance de vie, les progrès techniques coûteux sont autant de nouveaux défis pour son organisation et son financement. La quête d'une meilleure efficacité dans les prises en charge, qui entend la rationalisation des ressources employées afin de dégager des capacités financières, s'est donc progressivement installée au cœur des politiques nationales de santé.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) lancée en 2013<sup>2</sup> ainsi que la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016<sup>3</sup> ont posé l'organisation des soins et l'engagement d'un « virage ambulatoire » comme axe stratégique de cette transformation en profondeur de l'action en santé publique. Ce dernier concept, apparu au Québec dès 1995, a pour but de recentrer l'hôpital sur le soin et non plus sur l'hébergement, ainsi que d'organiser les soins en parcours coordonnés impliquant la ville et l'hôpital, avec comme dessein à terme de se démarquer d'une organisation en « silos » de l'ensemble des acteurs et de sortir d'un système « hospitalo-centré » coûteux et peu efficace.

L'augmentation des pratiques de chirurgie ambulatoire en établissement de santé constitue l'un des piliers de ce virage ambulatoire. Ces dernières peuvent concerner des périmètres d'activité différents selon les pays. Dans le cas de la France, la chirurgie ambulatoire dispose d'un cadre législatif et réglementaire depuis la loi du 31 juillet 1991 dite « Loi EVIN ». Elle peut être définie comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle constituée « *d'actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire permettant [...] la sortie du patient le jour même de son intervention* »<sup>4</sup>. La pratique en ambulatoire nécessite de repenser en profondeur les étapes de la prise en charge chirurgicale : accueil, consultations

---

<sup>1</sup> VARNIER F., PLANEL M.-P., « *Les Fondements du Virage ambulatoire* », Presses de l'EHEP, 2017, p. 9.

<sup>2</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé – ce qu'il fait retenir, [en ligne], 23 Septembre 2013 [consulté le 8 MAI 2019], Lien internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>, p. 6,

<sup>3</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF*, n°0022, 27 janvier 2016, texte n° 1.

<sup>4</sup> HAS en partenariat ANAP, *Rapport socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, [en ligne] avril 2012 [consulté le 01/05/2019], Lien Internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport\\_-\\_socle\\_de\\_connaissances.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf), p. 13.

de pré-intervention, organisation des vacations des blocs opératoires, articulation avec les autres services de l'hôpital (anesthésie, imagerie, etc) ainsi que l'interface avec la médecine de ville. La pratique de la chirurgie ambulatoire concerne des spécialités toujours plus nombreuses, telles que la gynécologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, stomatologie, urologie. Elle est généralement mesurée par le taux de chirurgie ambulatoire, qui rapporte le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire au nombre de séjours en chirurgie par établissement, spécialité ou zone géographique.

Malgré l'objectif affiché de la SNS 2018-2022 de porter à 70% le taux de chirurgie ambulatoire en 2022, la France semble accuser un retard dans le développement de l'ambulatoire par rapport à ses voisins européens. Dans ses Rapports Annuels sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), la Cour des comptes pointe ainsi un « *manque d'impulsion donnée par les pouvoirs publics à l'essor de la chirurgie ambulatoire* » (en 2018)<sup>5</sup> et une « *substitution trop lente à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée* » (en 2017)<sup>6</sup>. Parallèlement, la coordination entre ville et hôpital, facteur-clé de la réussite du « virage ambulatoire », est jugée inaboutie et perfectible par de nombreux acteurs du système sanitaire français. Dès lors, l'objet de ce travail sera de poser la question suivante : dans quelle mesure une meilleure coordination entre ville et hôpital pourrait-elle participer au développement et à l'optimisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire ? Et peut-on aller jusqu'à définir un modèle de coopération autour de l'ambulatoire applicable à tous les territoires ?

Il conviendra d'abord d'analyser le rôle joué par l'interface ville/hôpital dans le développement de la chirurgie ambulatoire ces cinq dernières années : alors qu'elle bénéficie d'un cadre législatif et réglementaire renforcé et que les établissements de santé ont modifié leurs organisations internes, une évaluation objective de la coordination entre les acteurs révèle des insuffisances qui fragilisent la réalisation des objectifs nationaux (**partie I**). Dès lors, des propositions concrètes peuvent être avancées au niveau national, local et des établissements afin d'améliorer la coopération entre ville et hôpital. Un modèle original de parcours coordonné en ambulatoire reposant sur des dispositifs de liaison entre tous les acteurs et un cadre financier intégratif pourra, à l'issue, être envisagé (**partie II**).

---

<sup>5</sup> Cour des comptes, « Chapitre V, Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, [en ligne] octobre 2018 [consulté le 30 Avril 2019], Lien internet : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-05-virage-ambulatoire-systeme-de-sante.pdf>, p. 171.

<sup>6</sup> Cour des comptes, *Ibid.*

# **I. Le développement de la chirurgie ambulatoire implique une concertation approfondie entre ville et hôpital, mais cette coordination peine à se matérialiser.**

## **A- Les pouvoirs publics ont fixé des objectifs et un cadre réglementaire et financier qui favorisent le développement de l'ambulatoire en France.**

*1- Les établissements de santé doivent viser un taux de 70 % de chirurgie ambulatoire d'ici à 2022.*

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un **objectif relativement ancien** des politiques nationales de santé et doit amener au **décloisonnement** entre ville et hôpital :

- Dès 1992, le décret n° 92-1102 envisage l'ambulatoire comme une alternative à l'hospitalisation<sup>7</sup>.
- En 2015, l'instruction DGOS/R3 2015-296 du 28 Septembre inscrit la chirurgie ambulatoire dans une logique de parcours. *“L'enjeu est [d'] inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture.”*<sup>8</sup>

L'augmentation du taux d'ambulatoire en chirurgie participe au « **virage ambulatoire** », notion apparue en 2013 lors des débats préparant la SNS 2013-2018. L'objectif y est clairement énoncé : le remplacement des hospitalisations complètes par des hospitalisations de jour et la prise en charge en ville de gestes auparavant hospitaliers<sup>9</sup>.

L'ambulatoire passe avant tout par l'organisation d'un **parcours de soins**, commençant par l'anticipation de l'entrée à partir du diagnostic d'un acte chirurgical, puis l'arrivée dans l'établissement, le suivi du parcours patient et, enfin, la prévision de la sortie<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code, JORF, n°13990, 8 octobre 1992, Version consolidée au 16 mai 2019

<sup>8</sup> DGOS, Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. [en ligne], [consulté le 2 Mai 2019], Lien Internet : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste\\_20150011\\_0000\\_0062.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste_20150011_0000_0062.pdf), p. 5

<sup>9</sup> Cour des comptes, « *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, op.cit.*, Octobre 2018, p. 171.

<sup>10</sup> Entretien ARS Grand Est.

Au niveau national, des taux-cibles ont été arrêtés pour inciter à un développement annuel de la chirurgie ambulatoire : **66,2% en 2020<sup>11</sup> et 70% en 2022**. La chirurgie ambulatoire doit être le standard, la règle pour les interventions chirurgicales. L'hospitalisation complète doit devenir l'exception<sup>12</sup>. Ce changement de paradigme doit faire réaliser des économies de fonctionnement aux établissements. Ces économies de fonctionnement sont estimées à 400 millions d'euros<sup>13</sup>.

*2- Les établissements de santé peuvent s'appuyer sur des mesures contractuelles et des dispositifs financiers incitatifs innovants.*

Pour encourager les établissements à s'investir dans le « virage ambulatoire », des mesures contractuelles et financières ont été instaurées :

- D'une part, les ARS ont pu lors des négociations des CPOM proposer des **indicateurs** liés au taux de chirurgie ambulatoires. L'ARS Bretagne, dans le cadre de la négociation des CPOM 2018-2023, a proposé par exemple aux établissements de **contractualiser** le taux de chirurgie ambulatoire pour les gestes marqueurs, le taux de séjours potentiellement substituables, le taux cible 2020 avec l'écart au taux cible ou le taux de chirurgie ambulatoire actuel. Les établissements de santé ont majoritairement choisi les deux derniers indicateurs<sup>14</sup>.
- D'autre part, la **tarification** des actes a été modifiée pour rendre les actes ambulatoires attractifs. Ces modifications peuvent prendre la forme d'incitations positives, augmentant les ressources affectées, ou négatives, les réduisant. Ainsi, alors qu'ils sont moins coûteux en matériel et hébergement, les séjours en chirurgie ambulatoire ont le même tarif que les séjours d'hospitalisation conventionnelle liés au degré de sévérité le plus faible, à Groupe Homogène de Séjours (GHS) identique. Le nombre de Groupes Homogènes de Maladies (GHM) concerné est passé de 18 en 2009 à 111 en 2014. De plus, la diminution de tarifs de 50% concernant les séjours durant moins de temps que la borne basse des GHM a été supprimée en 2014<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, p. 8.

<sup>12</sup> Entretien ARS Grand Est.

<sup>13</sup> Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, p. 3.

<sup>14</sup> Entretien ARS Bretagne.

<sup>15</sup> Entretien ARS Grand Est.

- Enfin, le dispositif de la « **mise sous accord préalable** » (MSAP) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) organise un « droit de regard » et une validation de cette dernière sur des actes chirurgicaux comprenant une hospitalisation. Les établissements sont sommés de justifier le refus de l'ambulatoire au risque de voir leurs financements réduits<sup>16</sup>.

## **B- Les établissements ont modifié leurs organisations internes afin de répondre à ces objectifs et peuvent s'appuyer sur des référentiels de bonnes pratiques institutionnels.**

*1- La HAS et l'ANAP assurent un travail théorique conjoint pour accompagner les établissements vers la prise en charge en ambulatoire en s'inspirant de modèles étrangers.*

Le rapport ANAP/HAS de juin 2013 intitulé *Tarifification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, Etats des lieux et perspectives* identifie à la demande de la DGOS cinq axes de travail pour une première planification pluriannuelle (2012-2015) : 1/ rédaction du rapport-référence « **Socle de connaissances** » (2012), 2/ détermination des critères de sélection et d'éligibilité des patients, 3/ modèles et outils permettant les organisations, 4/ recommandations économiques et indicateurs communs de suivi de l'ambulatoire, 5/ évolution et actualisation des référentiels de certification<sup>17</sup>.

L'ANAP et la HAS travaillent dans une démarche internationale et selon le canevas méthodologique suivant : analyse des données issues de la littérature étrangère - questionnaire aux membres référents de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IASS) - Organisation de réunions pluridisciplinaires et de débats - groupe de lecture associant des représentants de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), de la Société française des anesthésistes-réanimateurs (SFAR) et de l'Académie nationale de chirurgie.

---

<sup>16</sup> Entretien ARS Bretagne.

<sup>17</sup> Site de l'HAS, « Ensemble pour le développement de l'ambulatoire », [en ligne], 14 décembre 2018, [consulté le 03/05/2019], Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire).

Sur la question de la coordination ville-hôpital qui intéresse le présent rapport, il est à noter que le document ANAP/HAS de mai 2013 centré sur les recommandations organisationnelles **n'évoque pas la coopération ville/hôpital de manière opérationnelle**. Seule la partie « 6. Prospective » en fait mention. En effet, pour les deux administrations, « *la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une **continuité** entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire avant et après l'acte opératoire.* »<sup>18</sup> Cette continuité doit être pilotée par l'unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire (ACHA) pour qu'elle puisse s'adapter aux besoins de chacun<sup>19</sup>.

L'ANAP et la HAS ont cherché dans leurs travaux à s'inspirer de la diversité des structures organisationnelles qui peuvent exister à l'étranger. Certains pays (Etats-Unis, Royaume Uni, Allemagne) ont choisi d'appuyer la chirurgie ambulatoire sur le développement de **centres indépendants de chirurgie ambulatoire** qui sont à distinguer géographiquement et administrativement de l'établissement hospitalier<sup>20</sup>.

La France s'est inspirée de ces structures, conduisant à l'arrêté 2012-n°12-111-(123) de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France permettant l'ouverture d'une fenêtre dérogatoire pour la création de tels centres (à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique). Ce dispositif innovant est néanmoins peu lisible et les acteurs de ville peinent à s'en saisir.

La portée des recommandations HAS/ANAP doit néanmoins être relativisée à plusieurs titres :

- les guides méthodologiques sont difficiles à trouver et parfois redondants pour les professionnels qui souhaiteraient s'approprier le sujet ;
- les recommandations paraissent globalement datées et hospitalo-centrées. Elles envisagent peu le renforcement du lien ville-hôpital et se bornent pour l'essentiel à des réflexions tarifaires liées aux établissements ;
- il n'est pas prévu de parcours patient spécifique intégrant la ville, ni pour le suivi post-opératoire ni pour des éventuels soins de confort (kinésithérapie, etc.). En définitive, la ville se retrouve acteur passif de la chirurgie ambulatoire.

---

<sup>18</sup> HAS en partenariat ANAP, *Recommandations organisationnelles, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, « Fiche 13 : améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire » [en ligne], Mai 2013 [consulté le 1/05/2019], Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/fiches-techniques\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/fiches-techniques_v3.pdf), p. 85.

<sup>19</sup> HAS, *Ibid.*

<sup>20</sup> HAS en partenariat ANAP, *Rapport socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, op.cit.*, p. 20.

### **Illustration 1 : URPS de Médecine Libérale en Région Bretagne / les ressources documentaires**

L'entretien s'est révélé éclairant sur le **manque d'appropriation** des documents mis à la disposition des acteurs de terrain : ils ne sont pas connus et donc pas utilisés, quelle que soit leur provenance (Assurance Maladie, ARS, HAS ou ANAP). La médecine de ville semble également **peu mobilisée** sur la question de la chirurgie ambulatoire, où les opérations sont protocolisées de telle sorte que le patient demeure pour l'essentiel confronté à son chirurgien et à l'infirmière coordinatrice pour le suivi post-opératoire. Le médecin généraliste nous confirme n'avoir jamais, à sa connaissance, eu à assurer le suivi d'un patient à la suite d'une chirurgie réalisée en ambulatoire.

*2- Le développement de l'ambulatoire a poussé les établissements de santé à se restructurer et à transformer les pratiques.*

La HAS identifie **4 modèles d'organisation en ambulatoire** des établissements de santé.

- *« Les structures intégrées ont un accueil et séjour ambulatoire dédiés mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun.*
- *Les structures de fonctionnement autonome disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.*
- *Les structures satellites comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains [...] nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.*
- *Les structures indépendantes (free standing centers) comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité. »<sup>21</sup>*

Ainsi, les établissements de santé s'inscrivent dans l'un de ces quatre modèles d'organisation, selon les choix opérés lors de la mise en place de circuits ambulatoires. Selon nos observations empiriques, ce sont les **deux premiers modèles** qui sont majoritaires en

---

<sup>21</sup> HAS en partenariat ANAP, *La chirurgie ambulatoire en 12 questions, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, [en ligne], Avril 2012 [consulté le 1/05/2019], Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf), p. 2.

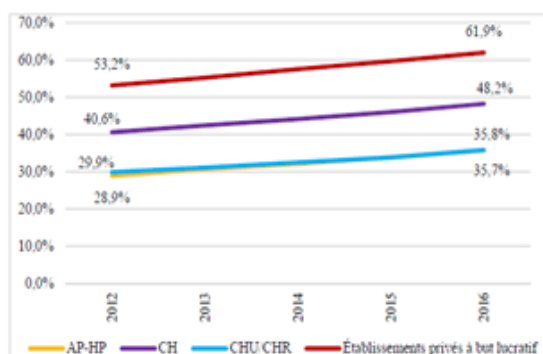
France. Dans les plus gros établissements, les activités d’ambulatoire font l’objet de secteurs et parcours dédiés notamment dans les unités ACHA ou UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire). Les flux patients ambulatoires et conventionnels sont séparés. Des **postes de coordination** spécifique ont pu être créés et rattachés à ces unités afin de fluidifier les démarches, de renforcer l’information du patient et l’éducation thérapeutique et d’assurer une liaison régulière avec la ville ou les autres établissements de santé comme la HAD.

### C- Un premier bilan du « virage ambulatoire » montre que la coordination ville-hôpital reste insuffisante pour atteindre des objectifs nationaux.

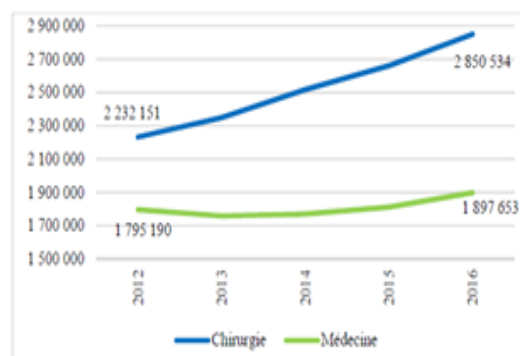
1- Au niveau national : la Cour des comptes souligne que le deuxième volet du virage ambulatoire est inachevé et que la désorganisation des soins de ville ne permet pas une coordination adéquate avec l’hôpital.

La Cour des comptes a établi un bilan du développement de la chirurgie ambulatoire en France dans son rapport 2018 sur la Sécurité Sociale. La première partie de son rapport montre certes des « résultats tangibles »<sup>22</sup> en chirurgie ambulatoire : aujourd’hui, plus d’un acte sur deux en chirurgie relève de l’ambulatoire (selon le périmètre de conversion de chirurgie conventionnelle retenu par les pouvoirs publics)<sup>23</sup>. Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 43,3% en 2010 à 54,1% en 2016, soit un taux voisin de l’objectif cible qui était de 54,7%.

**Taux de chirurgie ambulatoire selon le type d’établissement (2012-2016)<sup>24</sup>**



**Evolution du nombre de séjours ambulatoires sans nuitée (2012-2016)<sup>25</sup>**



<sup>22</sup> Cour des comptes, », *La sécurité sociale, Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale.*, op.cit., p. 177.

<sup>23</sup> Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015, op.cit., p. 3.

<sup>24</sup> Cour des comptes, », *La sécurité sociale, Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale.*, op.cit., p. 178, d’après les données de l’ATIH.

<sup>25</sup> Cour des comptes, *Ibid.*, p. 179, d’après les données du PMSI.



Néanmoins, la Cour estime que cette progression « *revêt une portée variable* »<sup>26</sup> : des potentiels de progressions parfois importants existent encore, et des **inégalités fortes** subsistent entre établissements et territoires. Les régions Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur affichent par exemple les taux de chirurgie ambulatoire les plus importants avec respectivement 56,5% et 56,2%. A l'opposé, les régions Bourgogne-France Comté et Grand Est accusent un retard avec un taux de 51,5% (2016).<sup>27</sup> Par ailleurs, alors que le secteur privé est le plus réactif et obtient les taux les plus élevés, on constate que c'est le **secteur public**, en particulier les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), qui a le plus de difficultés à atteindre les cibles fixées. L'activité de recours des CHU et la nécessaire prise en compte de la situation sociale des patients peuvent expliquer cette différence<sup>28</sup>. Enfin, la Cour des comptes regrette que cette trop lente montée en charge de l'ambulatoire ne permette aux établissements de réduire leurs dépenses, notamment de masse salariale.

Selon la Cour, une des explications principales de ce retard est le **manque d'organisation de la médecine de ville et le cloisonnement ville-hôpital**. C'est le « **deuxième virage ambulatoire** » qui « *accuse un retard certain* » et qui « *freine le report d'activité de l'hôpital vers la ville* ». <sup>29</sup> En cause : une offre médicale insuffisante sur certains territoires et le manque de structuration des acteurs de ville. La question de **l'amélioration de l'accès aux soins en ville** tient donc une place centrale dans ce phénomène. Le maillage imparfait des professionnels de ville (surtout les médecins traitants, les professions infirmières libérales, les médecins spécialistes de ville et les kinésithérapeutes) et leur disponibilité aléatoire (rupture dans la permanence des soins) impactent de manière négative le suivi pré et post-opératoire avec l'hôpital. La **structuration de la ville** en communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS), en plateformes territoriales d'appui (PTA), ou en maisons ou centres de santé pluriprofessionnels, sous l'impulsion de « Ma Santé 2022 », doit permettre d'offrir plus de visibilité et de possibilités de coordination dans les parcours de soins en ambulatoire. De plus, la Cour des comptes préconise d'accélérer le développement des structures **d'hospitalisation à domicile (HAD)** comme « *alternative à l'hospitalisation conventionnelle* »<sup>30</sup> et d'inciter les établissements de santé à faire appel à elles. D'autres

---

<sup>26</sup> Cour des comptes, *Ibid.*, p.177.

<sup>27</sup> ARS Bretagne, *Activité des établissements, les établissements bretons de santé*, « Chirurgie ambulatoire, bilan PMSI 2017 », Annexe 1.1 : chirurgie et chirurgie ambulatoire, [en ligne], Septembre 2018 [consulté le 30 Avril 2019], Lien internet : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Bilan-chirAmbu%202017.pdf>, p. 15

<sup>28</sup> Entretien ARS Grand Est.

<sup>29</sup> Cour des comptes, », *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.*, *op.cit.*, p. 189.

<sup>30</sup> Cour des comptes, *Ibid.*, p. 190.

structures de soins à domicile tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les services d'aide à domicile (SAAD) doivent se développer pour assurer un bon suivi post opératoire<sup>31</sup>.

**Illustration 2 : Entretien - Direction de la Stratégie et de l'ambulatoire, Hôpitaux Civils de Lyon (HCL) / l'hospitalo-centrisme reste bien présent**

Alors que les HCL se sont lancés dans un grand plan de développement de la chirurgie ambulatoire, cette transformation reste assez largement **hospitalo-centrée**. En effet, à Lyon, les médecins traitants ne sont souvent pas assez disponibles pour prendre le relais de l'établissement de santé. De plus, les progrès de la chirurgie font que des actes de plus en plus complexes sont réalisés en ambulatoire, avec des risques de complications post-opératoires plus importants (douleurs, suivi psychologique en cas de mastectomie par exemple). Il est d'autant plus difficile pour une médecine de ville peu structurée et pas assez formée à ces nouvelles prises en charge de prendre ici le relais auprès des patients.

*2- Sur le terrain, les acteurs regrettent des dysfonctionnements dans l'utilisation des outils de coordination prévus.*

Des outils de liaison entre la ville et l'hôpital autour de la chirurgie ambulatoire existent :

- **La lettre de liaison**, dont le caractère obligatoire est affirmé par la LMNSS de 2016 : elle a pour but de faire circuler l'information entre les médecins (médecins généralistes et spécialistes libéraux et médecins en établissements de santé) avant et après l'hospitalisation.
- **Le compte-rendu opératoire** qui doit être transmis par l'établissement au médecin traitant directement après l'opération et remis au patient lors de sa sortie ;

Auxquels il est possible d'ajouter :

- Le **dossier médical partagé (DMP)**, instrument incontournable de la coordination et du partage d'information entre la ville et l'hôpital et de la construction d'une logique de parcours patient ;

Néanmoins, l'étude de l'utilisation de ces dispositifs sur le terrain laisse apparaître un nombre important de **dysfonctionnements** et de manques qui empêchent la réalisation à

---

<sup>31</sup> Cour des comptes, *Ibid.*, p. 191.

plein des parcours en ambulatoire. Dans les faits, la médecine de ville se révèle souvent mise de côté dès que le patient entre dans le giron de l'établissement de santé. De plus, bien que généralisé, les usagers tardent à utiliser le **DMP**. Cet outil ne peut donc pas être utilisé comme socle d'information commun.

**Illustration 3 : ACHA Gynécologie et ACHA Pédiatrie, HCL / les ruptures d'information**

Les entretiens réalisés directement en ACHA révèlent que l'organisation interne de la chirurgie ambulatoire engendre certaines ruptures de coordination avec la ville :

- Les courriers médicaux d'indication chirurgicale ne sont pas toujours réceptionnés par les médecins généralistes avant la date d'opération, ce qui met à mal leur rôle de pivot défini depuis 2004 ;
- Les taux de lettres de liaison en sortie d'opération sont insuffisants car les secrétariats médicaux souffrent d'une surcharge de travail et d'un manque général d'encadrement et de management ;
- Les comptes-rendus opératoires ne sont pas toujours délivrés à temps car les secrétariats médicaux sont fermés en fin de journée alors que les vacations de chirurgie ambulatoire se terminent elles de plus en plus tard ; sur une journée test en 2018, seul un patient sur dix est reparti avec son compte-rendu (pédiatrie).

Du point de vue des médecins généralistes de ville, les études terrain révèlent leurs difficultés d'accès généralisées à l'information hospitalière. Elles peuvent être de quatre sortes<sup>32</sup> :

1. des **liaisons téléphoniques** difficiles avec l'unité de chirurgie ambulatoire ou le chirurgien : temps d'attente longs, grand nombre d'interlocuteurs intermédiaires (secrétaires, infirmières, internes...), absence de numéro direct du chirurgien<sup>33</sup>;
2. l'absence d'**alternative sécurisée au téléphone**, notamment d'un service de courriel crypté<sup>34</sup>;

---

<sup>32</sup> SAÏCH E., *Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire : Point de vue des médecins généralistes*, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri WAREMBOURG, Thèse, 2014, [en ligne], [consulté le 4Mai 2019], Lien internet : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/369515ff-5aa8-46ac-8dac-0f41e950dfd2>, p. 16.

<sup>33</sup> SAÏCH E., *Ibid.*

<sup>34</sup> SAÏCH E., *Ibid.*, p. 5.

3. l'indisponibilité du **dossier médical** auprès des services de l'établissement et son incomplétude<sup>35</sup>;
4. la **non-transmission** des lettres de liaison ou des comptes-rendus opératoires dans les délais adéquats ; cette rupture dans l'information cause la difficulté de retracer les prescriptions et de devoir appeler parfois les pharmaciens directement. Les médecins généralistes déplorent également un manque de transmission des infirmiers hospitaliers à leurs homologues libéraux, qui sont pourtant des interlocuteurs post-ambulatoires importants<sup>36</sup>.

**Illustration 4 : Médecin généraliste en Centre de santé à Nîmes / l'ambulatorie imposé à la ville**

Par sa situation au cœur d'un quartier défavorisé, le centre de santé interrogé est le principal acteur médical de son territoire et adresse régulièrement des patients en chirurgie ambulatoire. De manière générale, la chirurgie ambulatoire, même si souvent pertinente, est ressentie comme **imposée** à la ville :

- Avant l'opération : il déplore que le médecin généraliste soit rarement consulté alors que c'est lui qui connaît le mieux le contexte social et les antécédents de santé du patient. L'existence de numéros de téléphone dédiés à l'ambulatorie au sein des hôpitaux est une bonne chose (pour des besoins d'expertise), mais ils sont peu diffusés.
- Après l'opération : le manque de suivi par l'hôpital pèse sur les médecins généralistes qui sont le premiers recours pour des patients « perdus ». Par exemple, les infirmiers doivent s'assurer de la bonne compréhension des ordonnances avant la sortie. De plus, le délai entre la sortie de l'hôpital et la consultation suivante est trop long. En cas de complications, la **communication** avec l'hôpital est difficile faute de disponibilité des chirurgiens et les patients sont parfois renvoyés aux urgences, alors qu'un échange entre professionnels pourrait l'éviter.

---

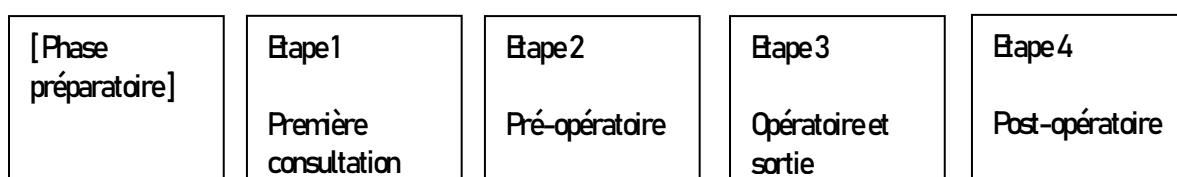
<sup>35</sup> SAÏCH, *Ibid.*, p. 17.

<sup>36</sup> SAÏCH, *Ibid.*, p. 5.

## II. Vers un modèle de coordination ville-hôpital autour de l'ambulatorio ?

### A- Proposition d'un modèle générique de coordination entre les acteurs

À la suite des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain et compte-tenu de la littérature existante, l'objectif de cette deuxième partie est d'imaginer **un modèle de coordination** entre ville et hôpital. Ce modèle aura vocation à s'adapter aux différents territoires et pourra prendre en compte différents niveaux de complexité dans la prise en charge.



***Principe du modèle :** retracer les quatre grandes étapes du parcours patient en ambulatorio, identifier les acteurs clés à coordonner, anticiper les risques et proposer des recommandations et outils concrets pour éviter toute rupture ou retard dans le parcours patient.*

/ Objectifs

- 1/ Protocoliser **le parcours patient** en ambulatoire par spécialité et en fonction des bonnes pratiques et de la pertinence des soins
- 2/ Définir des besoins en formation professionnelle
- 3/ Définir les besoins et les attentes des usagers (en concertation avec les usagers)
- 4/ Définir les modalités de coordination entre la ville et l'hôpital

/ Acteurs

**+++ ARS : le maître d'œuvre**

- + Etablissements de santé
- + Médecine de ville : médecins + Infirmier Diplômée d'Etat (IDE)
- + CPAM : consultée notamment sur le volet financement

/ Actions

- Evaluer le niveau de développement de l'ambulatoire sur le territoire par spécialité
- Définir **un objectif de développement** (taux-cible)
- Définir des **chemins cliniques** types par spécialité en identifiant les différents acteurs de la prise en charge, leurs objectifs et leurs modalités d'évaluation, les modalités de coordination (qui et comment ?)<sup>37 38</sup>
- Lister pour les actes complexes les risques de complications, identifier les effets de l'intervention et distinguer ce qui est normal ou ce qui relève d'un suivi spécifique

<sup>37</sup> Exemple en annexe 3.

<sup>38</sup> HAS, *chemin clinique, une méthode d'évaluation de la qualité*, [en ligne] Juin 2004 [consulté le 29 Avril 2019], Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_guide.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf), p. 27.

## // Etape 1 : première consultation

### / Acteurs

- +++ **Médecine de ville** : médecins généralistes + traitants + spécialistes
- ++ ARS => doit organiser les soins de premier recours sur le territoire !
- + Etablissements de santé : consultations spécialisées

### / Risques

- Mauvais adressage du patient par la ville
- Délais de consultation longs
- Difficultés pour trouver un médecin dans certains territoires
- Perte d'information** entre les acteurs et/ou redondance d'actes (imagerie, biologie)



### / Outils et Actions

- **Courrier du médecin traitant** => doit être systématique et complet !
- Responsabilisation du patient : il est tenu d'apporter l'ensemble des examens
- **Cellule de coordination** : informée de la prise en charge en ambulatoire pour TOUS les patients
  
- **Le DMP** : il est le fil rouge du parcours pour avoir toutes les informations concernant le patient centralisées ! / ou en mode dégradé un « passeport de la chirurgie ambulatoire »

## // Etape 2 : pré-opératoire

### / Acteurs

- +++ Médecine de ville : spécialistes + plateaux techniques libéraux
- +++ Etablissements de santé : chirurgiens + anesthésistes + plateaux + IDE

### / Risques

- Mauvaise décision sur l'éligibilité en ambulatoire (=> compréhension du patient)
- Non-transmission** d'antécédents médicaux
- Décision d'ambulatoire non transmise au médecin traitant => risque de Rupture de suivi en post-opératoire
- Mauvaise information du patient en amont (appel J-1)



### / Outils

- **Réunions** régulières de présentation des techniques d'ambulatoire entre ville et hôpital : la ville peut être associée à la décision d'éligibilité.
- Préparation de la sortie en amont : les dispositions spécifiques au domicile (matériel, médicament, IDE libéral disponible et informé) doivent être anticipées !
- Protocolisation des profils les plus **vulnérables** (mauvaise compréhension du français, éloignement géographique, isolement social)
- Renforcement et protocolisation de l'information au patient
- Formalisation et généralisation d'une check-list de documents pré-opératoire en établissement et d'un protocole pour l'appel J-1
- Désignation d'un **Coordinateur de parcours ambulatoire** (un SOIGNANT travaillant au sein de la cellule de coordination déjà mentionnée) => pour les cas complexes ou patients vulnérables => pour intervenir en amont et en aval de l'acte
- Une **Plateforme numérique de l'ambulatoire** qui recense toutes les informations à partir d'un numéro d'identification personnel du patient et des données extraites de son DMP



## // Etape 3 : jour de l'opération

### / Acteurs

+++ Etablissements de santé : chirurgiens + IDE  
+ Médecine de ville : médecins traitants + infirmiers libéraux

### / Risques

Annulation de l'opération et sortie prématurée du patient  
Complications et hospitalisation du patient  
Courrier de sortie incomplet, en retard ou inadapté pour la prise en charge en post opératoire  
**Compte-rendu opératoire** incomplet ou envoyé en retard  
Manque d'informations du patient ou des professionnels de santé sur **l'éducation thérapeutique** et les risques de **complications** post opératoires

### / Outils

- Coconstruire un **protocole de sortie anticipée** avec la ville
- Remettre un **Dossier de sortie unique** au patient à sa sortie => qui comprend la lettre de liaison et le compte-rendu opératoire et toutes les informations sur le post-opératoire à destination de la **ville** (prescriptions, besoins en matériel médical, besoins de rééducation, suivi psychologique, numéros d'urgence).

## // Etape 4 : post-opératoire

### / Acteurs

+++ Médecine de ville : infirmiers libéraux + kinés+ pharmaciens +  
médecins traitants  
++ Etablissements de santé : IDE + chirurgien + médecin spécialiste  
++ ARS

### / Risques

Complications (NVPO et douleurs) pouvant mener à une réhospitalisation  
Mauvaise récupération  
Domicile non adapté à du post-opératoire  
Rupture de la communication avec l'hôpital après l'opération  
Matériel et ressources nécessaires à la prise en charge du post opératoire  
au domicile non disponible

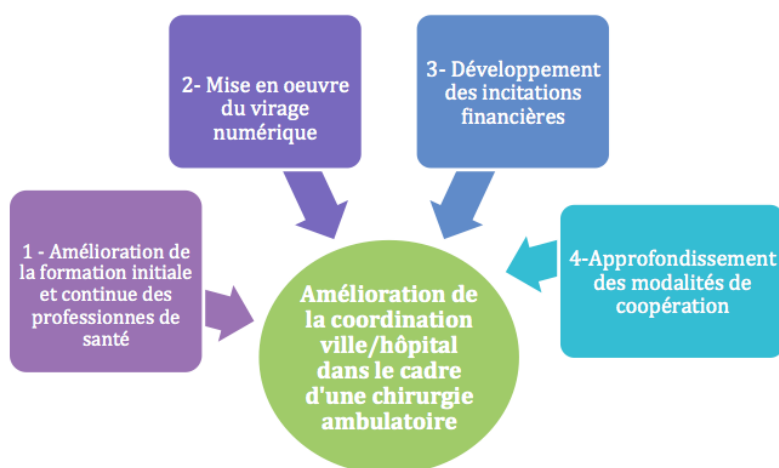
### / Outils

- Etoffer et protocoliser **l'appel J+1** par l'hôpital => un questionnaire plus complet qui peut déclencher un suivi spécifique (consultation post-opératoire, ré-hospitalisation...) en fonction des réponses
- Adapter les principes de la **RAAC** à l'ambulatoire (pour les actes complexes)
- Développer la **formation** des acteurs de ville (e-learning, MOOC, télé-expertise...) => par un travail conjoint entre médecins, IDE d'établissement et libéraux => par des séminaires sur les suites d'opérations complexes en ambulatoire
- **Revaloriser financièrement** les actes de suivi infirmiers de ville

Ce modèle en quatre étapes est destiné à renforcer la coopération ville-hôpital. Mais il reste générique et doit nécessairement être adapté aux spécificités des territoires et des typologies d'intervention.

## **B- La mise en œuvre de ce modèle repose sur quatre leviers associant la formation, la coopération, la valorisation financière et l'innovation.**

L'étude menée dans le cadre de ce module interprofessionnel a permis d'identifier quatre leviers majeurs pour améliorer la coordination entre le secteur ambulatoire et hospitalier. Ceux-ci sont présentés ci-dessous :



*Présentation des leviers indispensables à une meilleure coordination ville/hôpital*

### ⇒ **La formation et l'information**

Les entretiens menés auprès des URPS, des centres hospitaliers et des ARS ont révélé une certaine **réticence** des professionnels libéraux à prendre en charge certains patients sortant de chirurgie ambulatoire. Celle-ci est en partie liée à un manque de connaissances et de compétences dans certains actes à effectuer en post-opératoire. Dès lors, il semble nécessaire d'aborder la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la **formation initiale**, comme le préconise la Cour des comptes<sup>39</sup> **et de la formation continue** des professionnels.

---

<sup>39</sup> Cour des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, op.cit.*, Octobre 2018, p. 195.

- **En formation initiale**, la maquette de formation médicale ne prévoit pas d'évoquer l'ambulatoire lors du premier cycle (mais lors du deuxième et troisième cycle). De plus, un récent rapport des inspections ministérielles<sup>40</sup> a révélé une mise en œuvre inégale et hétérogène des maquettes de formation. Le constat est également identique pour les études paramédicales. La réalisation de stage dans le secteur libéral ou en exercice coordonné est autorisé depuis LMNSS. Néanmoins, aucune indemnisation n'est prévue pour le maître de stage en exercice libéral. Ainsi, il conviendra de renforcer les objectifs pédagogiques relatives à la pratique ambulatoire, au sein des formations médicales et paramédicales, en s'assurant de la bonne mise en œuvre des dispositions réglementaires prévues.
- **En formation continue**, plusieurs dispositifs peuvent être mis en œuvre dont des **plateformes numériques accessibles aux professionnels** de la ville et documentées par les établissements de santé ; elles comprennent des vidéos de mode opératoire d'actes de difficulté modérée réalisables en ville, des accès à des documents type mode opératoire. Cette solution a été mise en œuvre en région Bretagne dans le cadre du dispositif **PAPRICA** (Plateforme d'Appui de Premier Recours pour les Interventions en Chirurgie Ambulatoire). Néanmoins de tels dispositifs posent souvent des difficultés d'appropriation.

#### **Illustration 5 : ARS Bretagne / l'utilisation difficile de la plateforme PAPRICA**

Au lancement du dispositif de la plateforme PAPRICA (accès à des vidéos de formation, des documents, des questionnaires), celle-ci devait être utilisée par l'ensemble des établissements du territoire. Mais rapidement, ces derniers ont préféré créer leur propre plate-forme interne avec une information orientée pour leurs usagers. Ce qui a créé une forme de **cloisonnement** et rendu désuète PAPRICA. De plus, l'évolution rapide des NTIC crée une vraie difficulté de mise à jour des données à destination du public et des acteurs.

Une autre modalité de formation peut être mise en œuvre. Il s'agit de l'organisation de **journées ou soirées thématiques** organisées par les professionnels de la villes et/ou les établissements. Celles-ci permettent d'échanger mutuellement sur des pratiques et ainsi dépasser les appréhensions. Mais les sensibilités et le rôle de chacun doivent être ménagés.

<sup>40</sup> BOUTET-WAÏSS F., GICQUEL R., KHENNOUF M., Dr FELLINGER F., IGAS-IGAENR, *L'organisation des stages des étudiants de 2ème cycle de médecine dans les établissements de santé* [en ligne], Août 2016 [consulté le 14 Mai 2019], Lien internet : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-140R1.pdf>, p. 22.

### **Illustration 6 : URPS Médecins Libéraux Région Bretagne / les soirées thématiques**

Les médecins généralistes ne disposent pas d'un outil recensant les différentes interventions réalisées en ambulatoire dans chaque établissement de santé. En revanche, dans le cadre du territoire de Lorient (T3), une soirée sur le thème de la chirurgie ambulatoire a été organisée par le Groupement Hospitalier Bretagne Sud (GHBS). Celle-ci avait pour objectif de présenter les interventions réalisées en ambulatoire. Néanmoins, il semble que peu de médecins généralistes ont participé à cet échange. Cette forme de communication qualifiée de descendante semble ne pas avoir été appréciée.

Au-delà de la formation des professionnels, il est nécessaire de rappeler que **l'éducation thérapeutique** est un levier puissant de développement de l'ambulatoire. Il s'agit, par exemple, de solutions visant à « former » le patient dans le suivi de certains paramètres (pouls, poids, douleurs, fièvre...) et dans les modalités à suivre en cas de résultat anormal. Les résultats des paramètres suivis font l'objet d'une transmission sur une **plateforme** accessible aux professionnels de la ville et au chirurgien. Des appareils (tablette, capteurs...) peuvent être mis à la disposition du patient, comme dans le cas du dispositif ARGOS de la société **LINKEOS** de la clinique Saint-Charles à Lyon : deux fois par jour, le patient opéré répond à un questionnaire en ligne et renseigne sa température, sa tension voire sa saturation en oxygène<sup>41</sup>. Le questionnaire rempli est envoyé directement sur le smartphone du médecin lui permettant ainsi d'accéder aux données de ses patients et de communiquer avec lui si besoin.

#### ⇒ **Le virage numérique**

Evoqué pour la première fois en 2004, le **DMP** est un outil existant qui dispose d'un potentiel considérable pour faciliter la coordination entre les acteurs de l'ambulatoire. Bien renseigné et rendu obligatoire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, il permettrait de partager en temps réel les données de santé de tous les patients : compte rendu d'hospitalisation, compte rendu de consultation, résultats d'examens de laboratoire ou d'imagerie... D'autres outils informatiques de coordination simples mais efficaces sont susceptibles d'être généralisés : **messagerie sécurisée** (type APICRYPT®)<sup>42</sup> dans l'ensemble des cabinets et

---

<sup>41</sup> Site de LINKEOS, « ARGOS – le suivi amélioré et sécurisé du patient après chirurgie » [en ligne] 2016 [consulté le 10 MAI 2019], Lien internet : <https://www.linkeos.fr/#>.

<sup>42</sup> Site d'APICRYPT, « la messagerie sécurisée en santé », [en ligne] [consulté le 6 Mai 2019], Lien internet : <https://www.apicrypt.org/decouvrir>.

établissements de santé ou **solution de prise de rendez-vous** aisée (type DOCTOLIB®, mis en place à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris)<sup>43</sup>.

Parallèlement, le développement de la **télé médecine** pourrait aider à une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital. La **téléconsultation** peut faciliter le suivi post opératoire dans les territoires où la densité médicale est faible. La téléexpertise peut faciliter les échanges entre médecins généralistes et chirurgiens dans les cas complexes. La **télé surveillance** peut, elle, sécuriser davantage le retour à domicile du patient. Pour autant, le développement de la télé médecine doit impérativement associer les partenaires libéraux. Il s'agit par exemple de réalisation de téléconsultation post opératoire directement entre le patient et le chirurgien ou encore de la gestion de la télé surveillance directement par l'unité de chirurgie ambulatoire. Il convient donc d'être vigilant dans le développement des actes de télé médecine en s'assurant que l'ensemble des acteurs est associé à la démarche<sup>44</sup>.

#### **Illustration 7 : ARS Grand Est / les dérives potentielles de la télé médecine**

Techniquement, les solutions de téléconsultation et de télé surveillance ne sont pas toutes abouties. Néanmoins, si les établissements de santé mettent en place un système de suivi connecté, on supprime, de fait, le médecin généraliste. On défait le lien ville-hôpital. Dans certains cas, ces outils vont rendre service. Il faut savoir pour quoi on le fait et dans quel but. Avant la mise en œuvre de ce type de solution, il est nécessaire d'associer tous les acteurs afin d'éviter des ruptures de parcours.

#### ⇒ **Les incitations financières**

Si les établissements de santé ont été concernés par la révision tarifaire, aucune disposition spécifique n'a été définie pour les professionnels libéraux concernés de facto par un transfert de patients. Leur rémunération a pu constituer un frein à la prise en charge post opératoire en ville.

- **Le financement au parcours de soins** pourrait inciter l'ensemble des professionnels à se coordonner autour d'une prise en charge comme un suivi post opératoire. Cette pratique est déjà en place aux Etats-Unis dans le cadre de la chirurgie. En ce qui concerne la France, ce type de pratique commence à se décliner dans le cadre

---

<sup>43</sup> Site de Doctolib, « Assistance Publique Hôpitaux de Paris », [en ligne] 2019, [consulté le 16 Mai 2019], Lien internet : <https://www.doctolib.fr/hopital-public/paris/assistance-publique-hopitaux-de-paris-ap-hp>.

<sup>44</sup> Pour aller plus loin : SCHNEIDER X., « Le pharmacien acteur clé de la santé connectée : Focus sur la place de la Pharmacie Connectée dans le cadre du chemin clinique en chirurgie ambulatoire », *SIH Solutions*, Mai-Juin 2018, p. 57.

d'expérimentation<sup>45</sup>. L'article 38 de la LFSS 2019 a également prévu une rémunération dans le cadre de deux pathologies chroniques<sup>46</sup> : le diabète et l'insuffisance rénale<sup>47</sup> et il semble opportun de le décliner sur le parcours chirurgical ambulatoire. L'article 51 laisse cette possibilité en rendant éligible "*les expérimentations portant sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins*"<sup>48</sup>. Des clés de répartition pertinentes doivent répartir le financement entre les acteurs.

- **Les actes en ville peuvent également être revalorisés.** Pour les médecins traitants, les Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (**ROSP**) pourraient intégrer une valorisation de suivi de patient en post chirurgie ambulatoire. Ces objectifs seraient fixés dans le cadre de convention avec l'Assurance Maladie.
- **Les tarifs des pratiques des infirmiers libéraux** doivent également être adaptés : des actes nécessaires au suivi post opératoire (prises de constantes) sont faiblement rémunérés et ne sont donc pas incitatifs. A ce titre, l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n°5 à la convention relative à la nomenclature des actes infirmiers prévoit en 2021 l'intégration d'un acte relatif aux soins post opératoire<sup>49</sup>.

**Illustration 8 : Fédération nationale des infirmiers / la possibilité de définir une lettre flottante dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)**

La procédure de négociation de convention relative à la valorisation des actes des infirmiers peut être longue et complexe. Au regard de la diversité des interventions possibles en post opératoire par les infirmiers libéraux, une des possibilités réside dans la mise en place d'une lettre flottante valorisée dans le cadre de la NGAP. Cela laisserait plus de souplesse dans la valorisation de cette activité.

Enfin, comme cela est préconisé par la Cour des comptes, d'**autres mesures financières complémentaires (hors T2A, Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM))**

---

<sup>45</sup> Article 51, LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *JORF*, n°0305, 31 décembre 2017, texte n° 1

<sup>46</sup> LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (1), *JORF*, n°0297 du 23 décembre 2018, texte n° 3.

<sup>47</sup> Site de l'ARS, « 'Ma santé 2022', pour transformer le système de santé », [en ligne], 18 Septembre 2018, [consulté le 7 Mai 2019], Lien internet : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante>.

<sup>48</sup> LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *JORF*, n°0305, 31 décembre 2017, texte n° 1.

<sup>49</sup> Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007, *JORF*, n°0050 du 1 mars 2018, texte n° 104.

pourraient être mise en œuvre notamment par les Agences Régionales de Santé afin d'encourager les projets de coordination entre acteurs : par exemple des financements spécifiques pour la formation ou l'aide à la contractualisation pour des modes d'exercice coordonné, tels que les CPTS<sup>50</sup>. Les maisons de santé pourraient aussi inscrire dans leur projet un volet chirurgie ambulatoire et bénéficier d'un financement en conséquence.

⇒ **Les modalités de coopération innovantes**

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne pourra être optimal que s'il s'accompagne de mesures de coordination renforcées entre la ville et l'hôpital (comme décrites dans le modèle générique cf. supra) :

- **Les chemins cliniques** : pour protocoliser en amont les prises en charge et définir les rôles de chaque acteur ; ils doivent s'appuyer sur le **contexte local** (structures disponibles, densité médicale, etc.), la **culture** des acteurs et les outils disponibles. Concrètement, il s'agira de définir des **groupes de travail** associant l'ensemble des acteurs. Il est également primordial de définir des protocoles de soins intra et extra hospitalier. Par exemple en extra hospitalier, dans le cadre de chirurgie complexe, il sera nécessaire de définir les conduites à tenir au regard des risques de complications ou de former les professionnels de ville à l'usage de certaines techniques. Les protocoles intra hospitalier préciseront l'organisation des appels la veille et à la sortie du patient ainsi et que les modalités d'échange et de suivi avec les professionnels de ville. Une formalisation spécifique des critères d'éligibilités et de pré-habilitation notamment au regard des besoins en post opératoires sera nécessaire et s'appuiera sur les professionnels de ville (médicament/ matériel disponible, environnement adapté...). L'information auprès du patient doit également faire partie intégrante de la protocolisation. Une réunion pré ambulatoire servirait à informer les patients sur leur parcours.

**Illustration 9 : Association française de chirurgie ambulatoire / Le chemin clinique**

La déclinaison pour chaque prise en charge de **chemins cliniques** assurera l'optimisation et la sécurisation de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit de définir, pour chaque étape, les acteurs, les objectifs et les recommandations de bonnes pratiques. Cette démarche doit être construite avec l'ensemble des acteurs. Elle conduira notamment à définir les modalités de coordination et les outils adaptés.

<sup>50</sup> Cour des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, op.cit. Octobre 2018, p. 193.



- **Les CPTS et les PTA** : pour favoriser la coordination entre professionnels libéraux, accroître la visibilité des moyens disponibles en ambulatoire et rendre plus aisée l'identification des personnes ressources nécessaires dans un parcours donné. Mais le périmètre de ces dispositifs ne doit pas se réduire à la ville : il est primordial d'associer les acteurs hospitaliers aux CPTS (*Cf.* Ci-dessous). **Au niveau des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par exemple, une instance associant ces derniers aux représentants des CPTS** pourra être créée. Cette instance permettrait un dialogue de proximité bienvenu entre ville l'hôpital d'un même territoire.

**Illustration 10 : URPS Médecins Libéraux, Région Bretagne / l'association des acteurs hospitaliers aux CPTS**

Il est nécessaire d'associer aux CPTS les acteurs hospitaliers. C'est notamment le cas de la CPTS du territoire de Lorient (T3) qui a associé comme partenaires les présidents de CME des établissements hospitaliers de cette zone. Cette association a un double objectif : identifier conjointement les ruptures de parcours ville/hôpital et définir les modalités d'actions conjointes.

- **Des dispositifs expérimentaux privés comme l'ISIPAD®** facilitent les échanges autour de l'ambulatoire. Ainsi, l'URPS infirmiers libéraux des Hauts de France a mis en place un dispositif composé d'infirmiers libéraux mais hébergé par l'établissement de santé<sup>51</sup>. Les infirmiers libéraux ont accès à des informations comme l'évaluation de la douleur, le déroulement de l'intervention, les soins effectués en UCA et les prescriptions du chirurgien dans le cadre du suivi post opératoire. Dès que des soins particuliers sont à effectuer à domicile, l'établissement sollicite le dispositif. Un infirmier libéral intervient alors le jour même de l'intervention ou à J+1. Le professionnel intervenant au domicile aura en charge de coordonner et mobiliser les ressources nécessaires du territoire afin d'assurer la continuité de la prise en charge. De façon générale, comme l'a montré le succès de la mise en place des **programmes d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO, de la CPAM)**<sup>52</sup>, il est important d'identifier un **acteur**

<sup>51</sup> Site de l'URPS Infirmiers Hauts de France, « ISIPAD », [en ligne], 2018, [Consulté le 7 Mai 2019], Lien internet : <http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/isipad.html>.

<sup>52</sup> Site d'Améli, « PRADO, le service de retour à domicile », [en ligne], 19 Avril 2019, [consulté le 14 Mai 2019], Lien internet : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>.

**chargé de la coordination du parcours.** Néanmoins, nous préconisons que **cet acteur soit un professionnel de la ville et non de l'hôpital**, ceci afin d'accroître la complémentarité entre les deux secteurs.

- La création d'**hôtels hospitaliers** (mise en place par l'article 53 de la LFSS 2015)<sup>53</sup>, même si elle n'a pas pour vocation de mieux coordonner les acteurs, reste un projet innovant permettant de lever certains freins socio-économiques au développement de la chirurgie ambulatoire (patients éloignés des établissements ou isolés).

**Illustration 11 : Président de CME au Centre Hospitalier Annecy Genevois / les hôtels hospitaliers**

L'hôtel hospitalier est essentiellement intéressant pour le chirurgien afin de voir en consultation le patient le lendemain de l'intervention alors que celui-ci habite de façon éloignée par rapport à l'hôpital. Il permet également aux patients d'arriver la veille de l'intervention et donc de ne pas l'hospitaliser inutilement. Néanmoins, ce dispositif représente peu d'intérêt pour la coordination ville hôpital. En effet, il ne règle les problématiques de commandes de médicaments, d'appels des partenaires paramédicaux ou du suivi à organiser avec le médecin traitant.

### **C- Comment évaluer ces nouveaux dispositifs de coordination ?**

Pour en garantir l'efficacité, la coordination autour de l'ambulatoire doit nécessairement être suivie et évaluée dans le temps par l'ARS.

Des **indicateurs** conjoints ville-hôpital peuvent être mis en place :

- *Nombre de patients concernés par un programme d'éducation thérapeutique*
- *Nombre de réunions de concertation entre acteurs*
- *Nombre de formations déployées de l'hôpital vers la ville*
- *Nombre de ruptures de prises en charge par défaut d'information (sur le modèle des remontées d'EIG)*
- *Nombre de cas de dispositifs au domicile non conformes*
- *Nombre de réhospitalisations toutes causes entre 1 et 3 jours*

---

<sup>53</sup> LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (1), *JORF*, n°0297 du 24 décembre 2014 page 21748, texte n° 1.

- *Enquêtes de satisfaction du patient*
- *Enquêtes de satisfaction des professionnels de ville*

La remontée des indicateurs devra s'appuyer sur un système d'information territorial centralisé. Les informations sur la ville impliqueront l'appui de l'Assurance Maladie via son système d'information propre (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie).

**Illustration 12 : CPAM de l'Aube / le suivi médico économique CPAM/ARS sur le territoire**

Dans le cadre du plan pluriannuel de gestion des risques arrêté par le DGARS et mis en œuvre par une convention signée entre la CPAM et l'ARS, un **objectif spécifique de suivi du déploiement de la chirurgie ambulatoire** pourrait être décliné. Des mesures spécifiques au suivi qualitatif et quantitatif du territoire feraient alors l'objet de points à inclure lors des réunions de gestion ARS/CPAM/Etablissements de santé. Plus particulièrement, la **coordination** des prises en charge et l'impact ville/hôpital pourraient être des éléments **d'évaluation**.

## Conclusion

Alors que des objectifs ambitieux ont été définis à l'échelon national et que les bonnes pratiques applicables à l'ensemble des acteurs ont été institutionnalisées, le développement de l'ambulatoire demeure freiné par certaines caractéristiques propres à l'organisation des soins en France. Parmi elles, le cloisonnement entre la ville et l'hôpital ainsi que leur fonctionnement « en silos » apparaissent comme des obstacles majeurs.

Une meilleure coordination, une meilleure définition des rôles des acteurs et une meilleure utilisation des outils existants (en particulier des outils numériques) devraient permettre de réaliser pleinement le potentiel de conversion en ambulatoire des prises en charges conventionnelles. Si de nouveaux modes d'organisation ont été élaborés au sein des établissements et que l'accent a été mis sur l'information délivrée au patient et l'articulation pré et post opératoire, la médecine de ville semble rester dans la position de parent pauvre des parcours ambulatoires. Peu formée aux nouvelles interventions et aux nouveaux risques, désorganisée et en effectifs insuffisants, elle semble plus subir le virage ambulatoire que d'en être partie prenante. Les nouveaux outils numériques peuvent pourtant lui offrir les moyens de jouer le rôle de coordinatrice de parcours, mais cela supposera sans doute une action plus volontariste des tutelles. L'enjeu pour les années à venir résidera également dans le développement de la RAAC, dispositif utilisé pour des interventions chirurgicales plus lourdes et des parcours complexes. Les principes de la RAAC, s'ils sont diffusés à l'ensemble des établissements et aux soins de ville, permettront au patient d'être plus autonome et de réduire les complications et les réhospitalisations en post-opératoire.

Les professionnels de ville intervenant dans un parcours ambulatoire peuvent être nombreux : service d'aide ou de soins à domicile, médecin traitant, pharmacien, masseur kinésithérapeute, psychologue, etc. Si l'ensemble de ces acteurs ne travaille pas en bonne intelligence avec l'hôpital, le virage ambulatoire occasionnera sans nul doute un transfert de charge sur les aidants ; et mettra à nouveau en lumière, si cela était encore nécessaire, le manque de reconnaissance institutionnelle à leur égard.

---

## Bibliographie

---

- Ouvrage

PLANEL M.-P, VARNIER F., *Les Fondements du Virage ambulatoire*, Presses de l'EHEP, 2017.

- Thèse

SAÏCH (E.), *Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire : Point de vue des médecins généralistes*, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri WAREMBOURG, Thèse, [en ligne], 2014 [consulté le 4Mai 2019], 81 p. Lien internet : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/369515ff-5aa8-46ac-8dac-0f41e950dfd2>

- Rapports

ARS Bretagne, *Activité des établissements, les établissements bretons de santé*, « Chirurgie ambulatoire, bilan PMSI 2017 », Annexe 1.1 : chirurgie et chirurgie ambulatoire, [en ligne], Septembre 2018 [consulté le 30 Avril 2019], 85 p. Lien internet : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Bilan-chirAmbu%202017.pdf>

BOUTET-WAÏSS F., GICQUEL R., KHENNOUF M., Dr FELLINGER F., IGAS-IGAENR, *L'organisation des stages des étudiants de 2ème cycle de médecine dans les établissements de santé* [en ligne], Août 2016 [consulté le 14 Mai 2019], 75 p. Lien internet : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-140R1.pdf>

Cour des comptes, « Chapitre V, Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, [en ligne] octobre 2018 [consulté le 30 Avril 2019], p. 169-202. Lien internet : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-05-virage-ambulatoire-systeme-de-sante.pdf>

HAS, *chemin clinique , une méthode d'évaluation de la qualité*, [en ligne] Juin 2004 [consulté le 29 Avril 2019], 44 p. Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_guide.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf)

HAS en partenariat ANAP, *La chirurgie ambulatoire en 12 questions, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, [en ligne], Avril 2012 [consulté le 1/05/2019], 4 p. Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf)

HAS en partenariat ANAP, « Rapport socle de connaissances », *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, avril 2012, 141 p. Lien Internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport\\_-\\_socle\\_de\\_connaissances.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf)

HAS en partenariat ANAP, « Recommandations organisationnelles », « Fiche 13 : améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire » *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, [en ligne], Mai 2013 [consulté le 1/05/2019], 100 p. Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/fiches-techniques\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/fiches-techniques_v3.pdf)

Ministère des affaires sociales et de la santé, « Stratégie nationale de santé – ce qu'il faut retenir », [en ligne], 23 Septembre 2013 [consulté le 8 MAI 2019], 10 p. Lien internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>

- Articles

SCHNEIDER X., « Le pharmacien acteur clé de la santé connectée : Focus sur la place de la Pharmacie Connectée dans le cadre du chemin clinique en chirurgie ambulatoire », *SIH Solutions*, Mai-Juin 2018, p. 57.

- Travaux parlementaires

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *JORF*, n°179, 2 août 1991, page 10255. (Version consolidée).

LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (1), *JORF* n°0297 du 24 décembre 2014 page 21748, texte n° 1.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF*, n°0022, 27 janvier 2016, texte n° 1.

LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *JORF*, n°0305, 31 décembre 2017, texte n° 1.

LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (1), *JORF*, n°0297 du 23 décembre 2018, texte n° 3.

- Décrets

Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code, *JORF*, n°13990, 8 octobre 1992, *Version* consolidée au 16 mai 2019.

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012, modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, *JORF*, n°0194, 22 août 2012 page 13678, texte n° 9.

- Instructions

DGOS, Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 [en ligne], [consulté le 2 Mai 2019], 15 p. Lien Internet : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste\\_20150011\\_0000\\_0062.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-11/ste_20150011_0000_0062.pdf)

- Avis

Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007, *JORF*, n°0050 du 1 mars 2018, texte n° 104.

- Sites internet

Site d'Améli, « PRADO, le service de retour à domicile », [en ligne], 19 Avril 2019, [consulté le 14 Mai 2019], Lien internet : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

Site d'APICRYPT, « la messagerie sécurisée en santé », [en ligne] [consulté le 6 Mai 2019], Lien internet : <https://www.apicrypt.org/decouvrir>

Site de l'ARS, « 'Ma santé 2022', pour transformer le système de santé », [en ligne], 18 Septembre 2018, [consulté le 7 Mai 2019], Lien internet : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante>

Site de Doctolib, « Assistance Publique Hôpitaux de Paris », [en ligne] 2019, [consulté le 16 Mai 2019], Lien internet : <https://www.doctolib.fr/hopital-public/paris/assistance-publique-hopitaux-de-paris-ap-hp>

Site de l'HAS, « Ensemble pour le développement de l'ambulatoire », [en ligne], 14 décembre 2018, [consulté le 03/05/2019], Lien internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire)

Site de LINKEOS, « ARGOS – le suivi amélioré et sécurisé du patient après chirurgie » [en ligne] 2016 [consulté le 10 MAI 2019], Lien internet : <https://www.linkeos.fr/#>

Site de l'URPS Infirmiers Hauts de France, « ISIPAD », [en ligne], 2018, [Consulté le 7 Mai 2019], Lien internet : <http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/isipad.html>





---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 : Taux de chirurgie ambulatoire régional et national de 2012 à 2017

Annexe 3 : Exemple de chemin clinique

## **Annexe 1 : liste des entretiens réalisés**

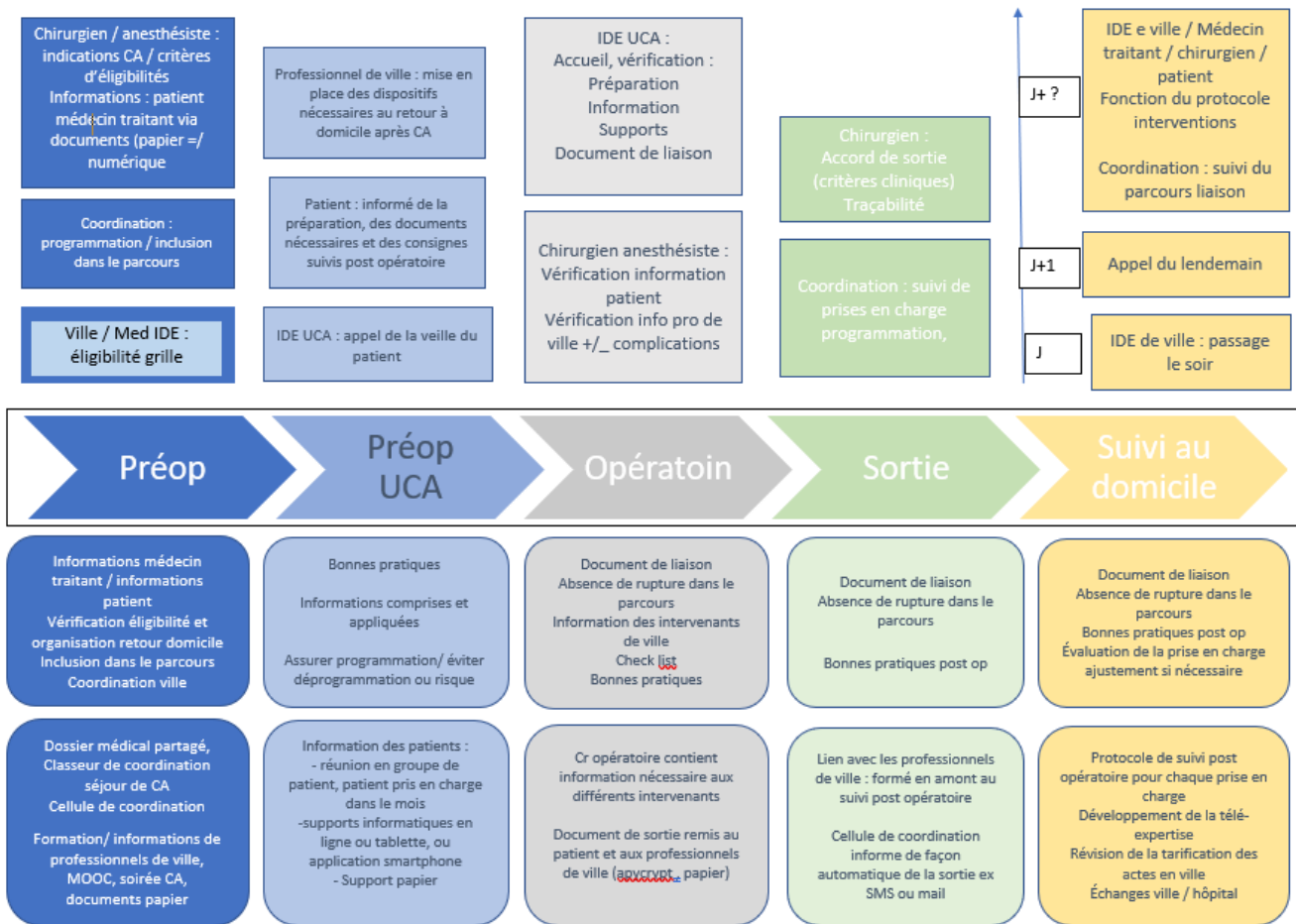
- ARS Bretagne
- ARS Grand-Est
- ARS Île-de-France
- Association Française de Chirurgie Ambulatoire
- Centre Hospitalier Annecy Genevois
- CHU Rennes
- CHU Strasbourg : CECA
- Conseil départemental de l'Aube de l'ordre des médecins
- CPAM de l'Aube
- HCL Lyon : Direction de la stratégie, ACHA Pédiatrie, ACHA Gynécologie
- Infirmerie Protestante à Lyon
- Médecin généraliste en Centre de santé à Nîmes
- URPS des infirmiers libéraux Auvergne-Rhône Alpes
- URPS des médecins libéraux Bretagne

## Annexe 2 : Taux de chirurgie ambulatoire régional et national de 2012 à 2017 <sup>54</sup>

Régions / Etablissements	Nombre de RSA Chir 2017	Evol Chirurgie globale 2017 / 2016	Nombre de RSA Chir ambu 2017	Taux de chirurgie ambulatoire					
				2017	2016	2015	2014	2013	2012
<b>Régions françaises</b>									
Île-de-France	1 076 905	1,1%	623 594	57,9%	56,2%	54,2%	52,2%	50,4%	48,3%
Centre-Val de Loire	211 519	0,6%	115 625	54,7%	52,3%	50,2%	48,8%	47,4%	45,6%
Bourgogne-Franche-Comté	259 897	0,1%	138 956	53,5%	51,5%	49,0%	47,0%	44,8%	43,3%
Normandie	297 604	0,7%	163 239	54,9%	52,7%	50,3%	48,6%	46,3%	44,8%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	556 814	0,4%	314 656	56,5%	54,9%	52,6%	51,0%	49,0%	47,3%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	537 875	0,7%	288 304	53,6%	51,5%	49,4%	47,4%	45,6%	44,3%
Pays de la Loire	402 257	2,0%	236 416	58,8%	56,5%	54,2%	51,4%	48,6%	46,4%
Bretagne	304 358	2,5%	167 622	55,1%	53,4%	51,4%	48,8%	46,6%	44,2%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente	623 021	1,1%	345 340	55,4%	53,8%	51,7%	49,5%	47,6%	45,5%
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	608 043	2,7%	329 531	54,2%	52,4%	50,4%	48,5%	46,5%	44,8%
Auvergne-Rhône-Alpes	791 626	1,3%	438 838	55,4%	53,8%	51,2%	49,0%	46,5%	44,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	593 056	1,4%	344 629	58,1%	56,2%	53,9%	52,3%	50,4%	49,0%
Corse	24 253	-0,6%	13 676	56,4%	55,6%	54,8%	54,4%	52,8%	49,1%
<b>France</b>									
France métropolitaine	6 292 143	1,2%	3 523 333	56,0%	54,2%	52,0%	50,0%	47,9%	46,0%
Public	2 746 159	1,6%	1 258 644	45,8%	44,2%	42,1%	40,1%	38,3%	36,5%
Privé	3 545 984	1,0%	2 264 689	63,9%	61,8%	59,6%	57,4%	55,1%	53,1%
<b>Bretagne</b>									
Bretagne	304 358	2,5%	167 622	55,1%	53,4%	51,4%	48,8%	46,6%	44,2%
Public	136 689	3,5%	61 380	44,9%	43,9%	41,6%	39,4%	37,7%	36,0%
Privé	167 669	1,6%	106 242	63,4%	61,0%	59,1%	56,3%	53,6%	50,6%
CHU	44 460	4,7%	16 423	36,9%	34,9%	32,7%	31,9%	31,9%	29,5%
CH publics (dont CH public (dont CH de référence)s)	71 667	1,8%	33 743	47,1%	46,7%	44,2%	41,5%	39,2%	37,6%
CH de proximité	1	0,0%	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CLRCC	1 704	-11,2%	1 116	65,5%	66,0%	62,2%	59,5%	53,9%	49,8%
ESPIC	18 857	9,3%	10 098	53,6%	52,2%	50,5%	47,1%	43,7%	43,2%
Clinique	167 669	1,6%	106 242	63,4%	61,0%	59,1%	56,3%	53,6%	50,6%

<sup>54</sup> ARS Bretagne, *Activité des établissements, les établissements bretons de santé*, « Chirurgie ambulatoire, bilan PMSI 2017 », Annexe 1.1 : chirurgie et chirurgie ambulatoire, [en ligne], Septembre 2018 [consulté le 30 Avril 2019], Lien internet : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Bilan-chirAmbu%202017.pdf>, p. 15 “

### Annexe 3 : exemple de chemin clinique



---

## Table des matières

---

<i>Introduction</i> .....	9
<b>I. Le développement de la chirurgie ambulatoire implique une concertation approfondie entre ville et hôpital, mais cette coordination peine à se matérialiser.</b> .....	11
<b>A- Les pouvoirs publics ont fixé des objectifs et un cadre réglementaire et financier qui favorisent le développement de l’ambulatoire en France.</b> .....	11
1- Les établissements de santé doivent viser un taux de 70 % de chirurgie ambulatoire d’ici à 2022. ....	11
2- Les établissements de santé peuvent s’appuyer sur des mesures contractuelles et des dispositifs financiers incitatifs innovants.....	12
<b>B- Les établissements ont modifié leurs organisations internes afin de répondre à ces objectifs et peuvent s’appuyer sur des référentiels de bonnes pratiques institutionnels.</b> .....	13
1- La HAS et l’ANAP assurent un travail théorique conjoint pour accompagner les établissements vers la prise en charge en ambulatoire en s’inspirant de modèles étrangers. ....	13
2- Le développement de l’ambulatoire a poussé les établissements de santé à se restructurer et à transformer les pratiques. ....	15
<b>C- Un premier bilan du « virage ambulatoire » montre que la coordination ville-hôpital reste insuffisante pour atteindre des objectifs nationaux.</b> .....	16
1- Au niveau national : la Cour des comptes souligne que le deuxième volet du virage ambulatoire est inachevé et que la désorganisation des soins de ville ne permet pas une coordination adéquate avec l’hôpital. ....	16
2- Sur le terrain, les acteurs regrettent des dysfonctionnements dans l’utilisation des outils de coordination prévus. ....	18
<b>II. Vers un modèle de coordination ville-hôpital autour de l’ambulatoire ?</b> .....	21
<b>A- Proposition d’un modèle générique de coordination entre les acteurs</b> .....	21
<b>B- La mise en œuvre de ce modèle repose sur quatre leviers associant la formation, la coopération, la valorisation financière et l’innovation.</b> .....	27
<b>C- Comment évaluer ces nouveaux dispositifs de coordination ?</b> .....	34
<i>Conclusion</i> .....	36
<i>Bibliographie</i> .....	37
<i>Liste des annexes</i> .....	I
<i>Table des matières</i> .....	V



Thème n° 8 Animé par : Nolwenn LE MEUR, Professeure Associée de l'EHESP

## **CHIRURGIE AMBULATOIRE : QUELLE COORDINATION VILLE-HÔPITAL ?**

Thibaut DELENEUVILLE - Mikael EL CHAMI - Amandine GILARDEAU - Romain LE CLERC - Rosa-Belle MALACRINO - Julien MARION - Justine PAVIOT - Valérie SANSOUCY - Latifa SCHEIRLINCK - Mickael VANHERSECKE

### ***Résumé :***

Depuis une dizaine d'années, le virage ambulatoire est au cœur des politiques publiques de santé en France. Créer des unités dédiées, modifier les flux de patients, restructurer des locaux, réaliser sur une journée des actes de plus en plus complexes (ablation de la vésicule, mastectomie) ... tels sont les défis pour l'activité de chirurgie des établissements de santé. Pour ce faire, la coordination avec la médecine de ville doit être optimale, aussi bien en pré-opératoire (adressage, éligibilité du patient) qu'après l'opération (continuité des soins à domicile).

Néanmoins, rapports institutionnels et études terrains s'accordent sur le fait que ville et hôpital restent trop cloisonnés : les outils de liaisons sont sous-utilisés, la communication directe est difficile et les acteurs de ville se sentent souvent mis à l'écart de la prise en charge en ambulatoire.

Le présent rapport propose dès lors un modèle en cinq étapes : de la première consultation au retour à domicile, les risques de ruptures de soins aux interfaces ville/hôpital sont identifiés et font l'objet de recommandations. Certains outils sont déjà connus (DMP généralisé et obligatoire ; formations des IDE libéraux), d'autres plus innovant (plateforme numérique de l'ambulatoire ; dossier de sortie unique du patient). Ils s'appuieront nécessairement sur le virage numérique, sur un dialogue renforcé entre les acteurs et sur un cadre financier renouvelé sous l'égide de l'ARS.

***Mots clés : virage ambulatoire – chemin clinique – RAAC – DMP – éducation thérapeutique – coordinateur de parcours – médecine de ville***

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*