

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé

Collection
Avis et Rapports

Juin 2021

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire, qui devrait *stricto sensu* conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, recouvre aussi le transfert d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations).

Le HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patients et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire.

Sur la base d'auditions d'acteurs clés impliqués dans le développement du virage ambulatoire, d'une revue de la littérature, d'une enquête usagers diffusée avec l'appui de France Assos Santé, d'une analyse des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la médecine ambulatoire hospitalière, et d'une enquête qualitative auprès de structures de chirurgie ou de médecine ambulatoire, le HCSP établit des préconisations. Les 31 préconisations comprennent le besoin de clarification sémantique et de définitions, 6 préconisations sur la chirurgie ambulatoire, 9 pour la médecine ambulatoire, 11 communes à la médecine et la chirurgie ambulatoire et 3 en lien avec la crise du Covid-19.

En particulier, le HCSP préconise notamment de :

- autoriser et inciter au développement des « Free standing centers » (centres indépendants de pratique exclusive de la chirurgie ambulatoire pouvant aller jusqu'à la chirurgie « lourde » comme la prothèse de hanche) ;
- atteindre 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil Visuchir et des travaux des sociétés savantes ;
- réglementer la chirurgie au cabinet en proposant un niveau d'environnement technique adéquat permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins ;
- définir le statut professionnel et assurer un financement pérenne des infirmiers de coordination ;
- réglementer la transmission des informations de sécurité à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge immédiate du patient lors de sa sortie d'hospitalisation et non aux seuls médecins (aux pharmaciens et aux infirmiers pour les médicaments par exemple) ;
- s'assurer qu'un temps d'écoute de la personne accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical ;
- faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains, et assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement ;
- évaluer l'impact du virage ambulatoire sur les inégalités sociales et territoriales de santé en développant des études *ad hoc* ;
- formaliser le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour assurer une continuité des soins de 1^{er} recours en ville en cas de crise sanitaire ;
- sanctuariser la pratique de la chirurgie ambulatoire en cas de crise sanitaire pour éviter de générer des pertes de chance pour les patients.

RAPPORT FINAL

Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé

Date : 1^{er} juin 2021

Ce document a été validé par la Commission Spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP) du HCSP le 1^{er} juin 2021 : 12 membres qualifiés présents sur 18 membres qualifiés ; aucun conflit d'intérêt signalé, 12 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.

Table des matières

INTRODUCTION Contexte et méthodologie de l'évaluation	12
I. Dispositif mis en place par le HCSP.....	12
II. Calendrier des travaux.....	13
III. Méthodologie.....	13
1. Auditions.....	14
2. Enquête qualitative.....	15
3. Travaux concernant la médecine ambulatoire (cf. infra)	15
PRÉALABLE.....	17
SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS	18
PARTIE I - DÉFINITION, SÉMANTIQUE ET PÉRIMÈTRE.....	28
PARTIE II - CHIRURGIE AMBULATOIRE	34
I. Séparation, autonomie des flux ambulatoires et sortie de l'intégré	35
II. Potentiel ambulatoire et listes d'actes transférables en ambulatoire	40
III. Indépendance totale des flux ambulatoires (« Free standing centers »).....	42
IV. Chirurgie de cabinet (« Office-based surgery »)	45
V. Le regard usager	49
1. e-Satis.....	49
2. Enquête HCSP/France Assos Santé	49
3. Autres travaux de personnes auditionnées.....	51
VI. Constats sur l'accessibilité et la sécurité	52
1. Focus Accessibilité.....	52
2. Focus sécurité	53
PARTIE III - MÉDECINE AMBULATOIRE	56
I. Le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière à travers le PMSI.....	56
1. Contexte et objectifs des travaux.....	56
2. Méthodologie.....	56
3. Résultats / Discussion.....	65
II. Constats sur le virage ambulatoire en médecine et expériences inspirantes	81
1. Accessibilité.....	82
a. Aspects géographiques	82
b. Aspects financiers et reste à charge	84
c. Aspects numériques	85
d. Littératie en santé et isolement social	87
2. L'implication du patient et de son entourage	89
3. La coordination et la communication en amont et en aval.....	91

a.	Un manque de lisibilité de l'offre	92
b.	La communication entre professionnels dans le cadre de la médecine ambulatoire ne bénéficie pas d'un référentiel qualité concernant les informations échangées	93
c.	La coordination entre les professionnels est en cours de structuration mais des problématiques de territoire sont à anticiper	95
4	Le financement du virage ambulatoire.....	105
III.	Les enseignements de la crise sanitaire du Covid-19 sur le virage ambulatoire	109
1	La crise sanitaire comme un frein aux activités ambulatoires hospitalières et à la médecine de ville de 1 ^{er} et 2 ^e recours.....	109
2	La crise comme un accélérateur du numérique, des dispositifs ambulatoires transférés de l'hôpital vers la ville et de la coordination de certains professionnels	112
a.	La crise du Covid-19, un accélérateur puissant de la e-médecine.....	112
b.	La crise du Covid-19, un accélérateur du virage ambulatoire pour certaines organisations transférées de l'hôpital vers la ville	112
c.	La crise du Covid-19 un levier pour la coordination voire la collaboration interprofessionnelle	113
3	La crise du Covid-19 comme une loupe grossissante des inégalités et des problématiques de sécurité dans les parcours	114
a.	La crise sanitaire et les inégalités sociales et territoriales de santé.....	114
b.	La crise du Covid-19 et la sécurité des patients.....	115
PARTIE IV - ANNEXES		117
I.	Annexe 1 - Références bibliographiques.....	117
II.	Annexe 2 - Synthèse des enquêtes qualitatives	124

Liste des principales abréviations utilisées

ACE : Actes et consultations externes

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ACS : Aide à la complémentaire santé

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

AIT : Accident ischémique transitoire

ALD : Affection de longue durée

ALR : Anesthésie locorégionale

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANS : Agence du Numérique en Santé

APA : Activité Physique Adaptée

APHP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

API : *Application Programming Interface*

ARS : Agence Régionale de Santé

ASA : *American Society of Anesthesiologists*

ASNC : Accès Santé Nord Cantal

ASO : Activité de Soins

AVC : Accident vasculaire cérébral

BADS : *British Association of Day Surgery*

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CAS : Catégories d'Activités de Soins

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCOMS : Centre Collaborateur OMS

CEP : Certificat d'études primaires

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CMD : Catégories Majeures de Diagnostics

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CME : Commission médicale d'établissement

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSE : Coordination des soins externes

CSS : Complémentaire santé solidaire

CTA : Coordination territoriale d'appui

CTIS : Conseil technique de l'innovation en santé

DCIR : Données de Consommation Inter-Régimes

DMP : Dossier Médical Partagé

DA : Diagnostic associé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DLU : Dossier de liaison d'urgence

DNS : Délégation ministérielle au Numérique en Santé

DP : Diagnostic principal

DR : Diagnostic relié

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ETAS : Événements indésirables associés aux soins

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESP-CLAP : Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

FHF : Fédération hospitalière de France

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpital patients santé territoire

HTA : Hypertension artérielle

IAAS : *International Association for Ambulatory Surgery*

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEC : Infirmier coordinateur en cancérologie

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGF : Inspection générale des Finances

INCa : Institut national du cancer

Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPCA : Indicateur de performance de chirurgie ambulatoire

IPEP : Incitation à une Prise En charge Partagée

IRAPS : Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LLS : Lettre de liaison à la sortie

LPP : Liste des Produits et Prestations

MAMA : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MECSS : Mission d'Évaluation et de Contrôle des Lois de Financements de la Sécurité Sociale

MSAP : Mise Sous Autorisation Préalable

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

NHS : *National Health Service*

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

Opeera : Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire

ORCA : Observatoire régional de la Chirurgie ambulatoire

OTSS : Organisation et de Transformation du Système de Santé

PAC : Port-à-cath

PEPS : Paiement en équipe des professionnels de santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRS : Projet régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SA : Semaines d'aménorrhée

SI : Système d'Information

SFAR : Société française d'Anesthésie et de Réanimation

SNDS : Système National des Données de Santé

SNS : Stratégie nationale de santé

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TAL : Traitement Automatique des Langues

TLC : Téléconsultation

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

URAF : Union Régionale des Associations Familiales

URPS : Union régionale des professionnels de santé

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

VSL : Véhicule sanitaire léger

Lettre de saisine de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) auprès du HCSP pour la réalisation des travaux relatifs au virage ambulatoire : pour un développement sécurisé



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

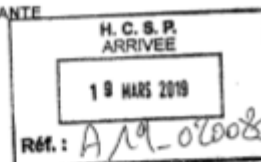
Direction générale de l'offre de soins

La directrice générale

Tél. 01 40 56 44 84

Cécile.courreces@sante.gouv.fr

Pegase/n° 19-000187



Paris, le... 18 MARS 2019

Monsieur le Président du Haut Conseil de la santé publique,

Le virage ambulatoire constitue un des axes de la politique de la stratégie de santé et du programme « ma santé 2022 ». L'objectif est de proposer un retour précoce et sécurisé des patients à leur domicile après un séjour hospitalier médical ou chirurgical. Il est aussi de favoriser, dès que cela est possible, le maintien des patients à domicile en évitant des hospitalisations non pertinentes. Si le virage ambulatoire s'est largement amorcé en chirurgie avec un taux d'ambulatoire (57,5% en septembre 2018, 55,9% en 2017, + 13,2 points depuis 2013), mon ambition est d'arriver à un taux de 70% de chirurgie ambulatoire en 2022. Par ailleurs, si les prises en charge ambulatoire en médecine interventionnelle sont largement développées, il n'en est pas de même en médecine non technique (taux d'hôpital de jour/hospitalisation complète : 26,4% en 2017, + 1 point depuis 2013). La réduction des durées de séjours en hospitalisation complète de médecine et de chirurgie doit aussi être confortée et s'organiser dans le cadre d'une sortie anticipée dès le séjour et en connexion avec la ville. Enfin, les soins et le suivi pouvant être réalisés en ville hors de toute hospitalisation doivent se développer sur le territoire en lien avec le médico-social, si besoin.

Ce virage ambulatoire, déjà largement amorcé dans les autres pays de l'OCDE, est crucial car il permet d'envisager une structuration de l'offre de ville/hôpital plus adaptée aux besoins de santé et un recours plus pertinent aux soins s'articulant sur une gradation des prises en charge. Dans le contexte de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du vieillissement de la population, cette démarche doit s'inscrire dans une logique de territoire et s'appuyer sur des parcours de soins structurés. Ce virage ambulatoire est aussi un moyen d'assurer la soutenabilité de notre système de santé en même temps que son adaptation. C'est pourquoi il ne saurait être remis en cause mais son développement doit pouvoir être accompagné afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et la satisfaction des patients, tout en assurant un égal accès aux soins tant géographiquement que financièrement ainsi que la soutenabilité des dépenses de santé.

Professeur Franck CHAUVIN, Président

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

Ainsi, je vous propose de mener une réflexion sur les enjeux de ce virage ambulatoire en termes de bénéfices/risques liés au développement de cette pratique. En effet, si un retour à domicile précoce après un séjour hospitalier ou le maintien au domicile constituent une réelle avancée en termes de qualité de vie, il est nécessaire, en corollaire que soient garanties les conditions de sécurité et de qualité des soins pour tous les patients, y compris pour les plus fragiles (personnes âgées, populations précaires...). La question de la chirurgie interroge essentiellement la sortie après une intervention chirurgicale et questionne les liens avec la ville mis en place en amont (en cas d'intervention programmée) et en aval du séjour. Des progrès sont déjà perceptibles (organisation de la sortie après chirurgie ambulatoire, programmes RAAC...) mais nécessitent d'être confortés. Concernant la médecine, activité de soins plus ubiquitaire, réalisée en ville comme à l'hôpital, la dynamique reste à enclencher.

Je souhaiterais, en conséquence, que vous envisagiez ces deux thématiques, (médecine et chirurgie) dans le cadre de vos réflexions, en identifiant, pour chacun de ces 2 sujets, les bénéfices /risques, les freins, les leviers, les conditions et les prérequis du virage ambulatoire. A partir de ces éléments, vous pourriez me proposer des préconisations permettant d'assurer un développement sécurisé de ce virage ambulatoire à la fois pour les patients, les acteurs et le système de santé.

Il pourrait être utile d'appuyer votre démarche par une revue de la littérature, un état de lieux quantitatif fondé sur des données épidémiologiques et de consommation de soins. Cette analyse pourrait s'enrichir d'une approche qualitative, notamment, à partir des expériences étrangères ainsi que celles déjà mises en place en France (actions et expérimentations nationales ou régionales, projets de recherche...).

Pour la réalisation cette démarche, il serait souhaitable que vous puissiez vous entourer des avis des professionnels et des établissements de santé et médico-sociaux, des structures de soins externes, des représentants des patients, ainsi que de la HAS, des agences techniques (ANAP, ATIH, DREES, IRDES...) et des institutions de régulation et de financement (ARS, ministère, CNAM).

Votre contribution pourrait prendre la forme d'un rapport intermédiaire d'orientations générales, livrable fin 2019 et d'un rapport définitif finalisé au cours de l'été 2020 qui pourrait être assorti, le cas échéant, de fiches techniques et kits d'accompagnement au changement.

Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer si vous acceptez cette mission ainsi que son calendrier de réalisation et vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice Générale de l'Ordre de Soins

Cécile COURREGES

Composition du groupe de travail du HCSP

Le groupe de travail constitué pour la réalisation des travaux est composé de :

- > Ludwig Serge AHO GLÉLÉ (HCSP, Cs-3SP)
- > Séverine ALRAN (Hôpital Saint-Joseph et au titre de membre de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire)
- > Dominique BONNET-ZAMPONI (HCSP, Cs-3SP), co-pilote du GT à partir d'octobre 2020
- > Gilles BONTEMPS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie : CNAM)
- > Marc CHANELIÈRE (HCSP, Cs-3SP)
- > Rémy COLLOMP (HCSP, Cs-3SP)
- > Claude ECOFFEY (HCSP, Cs-3SP), co-pilote du GT
- > Véronique GILLERON (HCSP, Cs-3SP)
- > Pascale GROSCLAUDE (HCSP, Cs-MC)
- > Virginie HALLEY DES FONTAINES (HCSP, Cs-MC)
- > Jean-Marie JANUEL (HCSP, Cs-3SP)
- > Alain LAFORÊT (France Assos Santé)
- > Philippe MICHEL (HCSP, Cs-3SP)
- > Claire MORGAND (HCSP, Cs-3SP puis HAS), co-pilote du GT jusqu'en août 2020
- > Karine NOUETTE-GAULAIN (CHU de Bordeaux).
- > François RICHAUD expert PMSI, mission Innovations et Analyses de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de Bourgogne-Franche-Comté

Experts du HCSP sollicités pour les travaux relatifs au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : Yannick AUJARD, pédiatre (HCSP, Cs-3SP), François EISINGER, interniste (HCSP, Cs-MC), Jean-Marie JANUEL (HCSP, Cs-3SP)

- > Ann PARIENTE-KHAYAT (Secrétariat général du HCSP)

Le groupe de travail a bénéficié d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) par le cabinet Mazars (Emilie AUBERT, Carine CHAIX-COUTURIER, Esther BONNOT, Solène HEMERY).

INTRODUCTION | Contexte et méthodologie de l'évaluation

Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) a été saisi le 19 mars 2019 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour mener une réflexion sur les enjeux du virage ambulatoire, en chirurgie et en médecine, en termes de bénéfices et de risques, dans le cadre des objectifs du programme « Ma santé 2022 ».

Le commanditaire souhaite identifier les garanties des conditions de sécurité et de qualité de soins lors du retour précoce à domicile, notamment pour les populations les plus fragiles et vulnérables. En particulier, il souhaite que soit questionné le développement des liens de l'hôpital avec la ville en amont et en aval.

Il s'agit donc au travers des réflexions de :

- > Identifier les enjeux en termes de bénéfices-risques, freins, leviers, conditions et prérequis du virage ambulatoire ;
- > Proposer des préconisations permettant d'assurer un développement sécurisé du virage ambulatoire en médecine et en chirurgie pour les patients, les acteurs et le système de santé.

En termes de livrables, la saisine précise une restitution par le HCSP en deux temps :

- > Un rapport intermédiaire d'orientations générales, établi à partir des seules données de la littérature ;
- > Un rapport définitif, présent document, intégrant les analyses issues des auditions, de l'enquête qualitative et complétées des résultats d'une enquête « patients » ; le rapport intègre les préconisations du groupe de travail.

I. Dispositif mis en place par le HCSP

Dans le cadre de l'évaluation, un groupe de travail (GT) *ad hoc* a été constitué, composé de personnalités qualifiées membres ou non du HCSP, sous la présidence de Claude ECOFFEY et dans un premier temps (jusqu'en août 2020) de Claire MORGAND, puis dans un 2^e temps de Dominique BONNET-ZAMPONI, membres de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » du HCSP.

L'ensemble des travaux du GT est coordonné par Ann PARIENTE-KHAYAT, conseillère scientifique de la CS-3SP au sein du Secrétariat général du HCSP.

Le GT bénéficie dans ses travaux d'une prestation d'accompagnement et de conseil par le cabinet Mazars mandaté par le HCSP à l'issue d'une sélection par appel d'offres selon le code des marchés publics.

Le GT a procédé à l'audition d'acteurs clés, représentatifs des principales institutions et organisations impliquées dans le développement du virage ambulatoire. Sur le volet chirurgie ambulatoire, une revue de littérature a été réalisée ainsi qu'une enquête usagers dont la diffusion a été réalisée avec l'appui de France Assos Santé. Sur le volet de la médecine ambulatoire, une analyse des données a été conduite à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (cf. infra). Une enquête qualitative auprès de structures de chirurgie ou de médecine ambulatoire a complété ces données.

II. Calendrier des travaux

L'évaluation a débuté en juillet 2019. Le contexte du premier semestre 2020 avec la crise sanitaire du Covid-19 a induit un report de certaines étapes de la démarche évaluative impliquant des rencontres ou déplacements (auditions et visites sur site).

Aussi, il avait été convenu d'une formalisation des livrables en juillet 2020 pour le rapport intermédiaire et en décembre 2020 pour le rapport final.

Du fait de la crise sanitaire Covid-19, des aménagements ont dû être prévus. La date du rapport final a été décalée à l'été 2021 et les 5 visites sur site prévues dans le cadre de l'enquête qualitative n'ont pas pu être réalisées. Ces visites visaient à rencontrer sur un même territoire l'ensemble des parties prenantes pouvant être amenées à développer les prises en charges ambulatoire innovantes ou nouvelles avec la tenue d'entretiens auprès d'institutionnels, d'établissements et de partenaires.

Ainsi, pour l'étude qualitative, 4 entretiens par visioconférence ont eu lieu dans différentes structures (Clinique Capiro de Domont (95 Val-d'Oise, Île-de-France), la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Accès Santé Nord Cantal ASNC (15 Cantal, Auvergne-Rhône-Alpes), la Fédération hospitalière de France (FHF), le centre autonome de la Pitié-Salpêtrière (APHP, 75 Paris, Île-de-France).

III. Méthodologie

Plusieurs questionnements (questions évaluatives) ont été identifiés pour mener les réflexions :

- > Faut-il envisager la question de manière différente pour la chirurgie et la médecine au vu de la différence d'état des lieux ?
- > Quels bénéfices observés en chirurgie pourraient justifier la poursuite de l'effort déjà engagé ?
- > Quels sont les risques de ruptures de parcours pouvant être induits par le virage ambulatoire et leurs causes (en distinguant notamment les problèmes liés à l'organisation, à un défaut de compétences disponibles, au système d'information, au patient) ?
- > Certains profils de patients pourraient-ils être impactés de manière négative par le virage ambulatoire ?
- > Quelles actions sont nécessaires pour limiter les risques de rupture et d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) liés au virage ambulatoire ?
- > Quel pourra être l'impact en termes d'évolution de l'état de santé de la population liée au virage ambulatoire ?
- > La ville est-elle structurée pour absorber la prise en charge de ces patients et dans un tel délai ?

1. Auditions

Les auditions suivantes ont été réalisées auprès d'institutions et d'acteurs de terrain impliqués dans le développement de l'ambulatoire, entre novembre 2019 et mars 2021.

Auditions réalisées
> Corinne VONS – Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) – 07/11/2019 > Laurent DELAUNAY – médecin anesthésiste-réanimateur à la Clinique générale d'Annecy et membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) – 07/11/2019 > Gilles CUVELIER – Chirurgien urologue, praticien hospitalier, chef de service de l'unité « Chirurgie urologique adulte et infantile » du CHIC Cornouaille-Quimper et coordonnateur d'unité de chirurgie ambulatoire, membre de l'Association Française d'Urologie et de la commission chirurgie ambulatoire – RAAC – 28/01/2020 > Clélia DELANOË et Pierre GUÉRIN – Cabinet IPSO Santé – 12/05/2020 > Henri-Jean PHILIPPE – Coordinateur médical de l'Observatoire régional de la Chirurgie ambulatoire (ORCA) et référent chirurgie à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France – 10/06/2020 > Igor GIUSTI – Directeur de la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé – 25/06/2020 > Sylvain GAUTIER – Assistant hospitalo-universitaire, Université Versailles Saint-Quentin (UVSQ), thèse relative aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) – 07/07/2020 > Huguette BOISSONAT-PELSY - Département santé d'ATD Quart Monde – 07/07/2020 > Yann BOURGUEIL – École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) – 16/07/2020 > Mireille ELBAUM – Inspection générale des affaires sociales (IGAS) – 30/09/2020 > Camille RUIZ, adjointe au chef de bureau R5 « Évaluation, modèles et méthodes » et Lucie HUMEAU, chargée de mission "Nouveaux modèles d'organisation et financement" – DGOS – 9/10/2020 > Michèle MORIN-SURROCA, cheffe du service évaluation économique et santé publique (SEESP) au sein de la direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP), Catherine GRENIER, Responsable de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins, Laetitia MAY-MICHELANGELI, responsable de la mission dédiée à la sécurité du patient au sein de la direction de la qualité et de la sécurité des soins – Haute Autorité de santé - 5/01/2021 > Benoit VALLET, Directeur général de l'ARS des Hauts-de-France – 31/03/2021

Une réunion de partage avec la Mission d'Évaluation et de Contrôle des Lois de Financements de la Sécurité Sociale (MECSS), en charge d'une étude sur la chirurgie ambulatoire (Marc DELATTE, député, rapporteur de la mission, Romain DEWAELE, collaborateur parlementaire de Mme Nadia RAMASSAMY, Renaud WETZEL, administrateur Assemblée nationale) a eu lieu le 3 décembre 2019 avec les pilotes du GT et Ann PARIENTE-KHAYAT afin d'échanger sur les travaux respectifs.

De plus, le 9 avril 2020, une réunion pour présenter un point d'étape a été organisée associant le commanditaire (DGOS : Céline CASTELAIN-JEDOR, Chef du bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës (R3), Sous-Direction de la Régulation de l'offre de soins ; Lydia VALDES, Adjointe au Chef de bureau R3 ; Anne VITOUX, Chef de bureau adjoint, Bureau Qualité et Sécurité des soins (PF2), Sous-Direction du Pilotage et de la Performance des acteurs de l'offre de

soins), les pilotes du GT (Claude ECOFFEY, Claire MORGAND), Philippe MICHEL (président de la Cs-3SP) et le SG-HCSP (Ann PARIENTE-KHAYAT).

2. Enquête qualitative

Des échanges par visioconférence ont eu lieu avec les structures suivantes (Clinique Capio de Domont (95 Val-d'Oise, Île-de-France), la CPTS ASNC (15 Cantal, Auvergne-Rhône-Alpes), la FHF, et l'unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire de la Pitié-Salpêtrière (APHP, 75 Paris, Île-de-France)).

Clinique Capio de Domont (95 Val-d'Oise, Île-de-France), le 13/01/2021	Entretien par visioconférence avec Stéphanie JEGO, Directrice de l'établissement, France WELBY, chirurgienne orthopédiste, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME) et Rémy LEPRIYA, médecin anesthésiste-réanimateur.
Fédération hospitalière de France (FHF), le 12/02/2021	Entretien par visioconférence avec Sandra GOMEZ, Chef de projet médico-économique et médecin Responsable du département d'information médicale (DIM) au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, David LAPLANCHE, Responsable du Pôle Territorial, Antoine MALONE, responsable du Pôle Prospective Europe International
CPTS ASNC (15 Cantal, Auvergne-Rhône-Alpes), le 4/03/2021	Entretien par visioconférence avec Marie BLANQUER, Présidente, Laurie FLORY, pilote Projet Santé, Nicolas SPANAGLE, chargé de mission pour la CPTS (unité de fonctionnement) et Corinne ROCHETTE, professeure des universités à l'Université Clermont Auvergne et chercheuse
Unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire de la Pitié-Salpêtrière (APHP, 75 Paris, Île-de-France)	Entretien par visioconférence avec le Dr Sophie DI MARIA, coordinateur médical unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire, anesthésiste-réanimateur de formation et Gloria BELHAMECHE, cadre de la plateforme ambulatoire, infirmière de bloc de formation

Ces échanges sont présentés en Annexe (cf. Annexe 2).

3. Travaux concernant la médecine ambulatoire (cf. infra)

Afin de pouvoir identifier le périmètre de la médecine hospitalière ambulatoire, une analyse du PMSI a été réalisée avec M. François RICHAUD, expert PMSI, mission Innovations et Analyses de la Direction Régionale du Service Médical de Bourgogne-Franche-Comté, en s'appuyant sur certains marqueurs :

- > Les univers de soins, reprenant les unités médicales au sein desquelles les séjours sont effectués ;
- > Les racines des Groupes Homogènes de Malades (GHM) ;
- > Le diagnostic principal (DP) ;

- > Le diagnostic relié (DR).

Il a été constitué un sous-groupe de travail afin d'analyser le contenu des 11 univers de soins suivants, notamment par rapport à leur adéquation pathologie / lieu de prise en charge / durée de séjours :

- > Urgences enfants
- > Urgences adultes
- > Médecine enfants
- > Médecine adulte
- > Addictologie
- > Chirurgie enfants
- > Chirurgie adultes
- > Médecine personnes âgées
- > Oncologie
- > Douleurs chroniques
- > Gynécologie-obstétrique

PRÉALABLE

- En l'absence d'une approche médico-économique, le HCSP envisage la prise en charge ambulatoire, non uniquement comme un outil d'efficacité, d'optimisation et de rentabilité du système de santé, mais comme un élément structurant pour l'amélioration de la qualité des soins.
- Le risque de ne pas engager le virage ambulatoire n'est pas abordé. Ce d'autant que les effets bénéfiques de la prise en charge en chirurgie ambulatoire sur la qualité des soins sont bien démontrés (ex. diminution de la fréquence des infections associées aux soins, etc.). Il n'a pas été étudié non plus la pertinence des actes réalisés en ambulatoire. De même il faut noter que les aspects du virage ambulatoire concernant l'enfant n'ont pas été spécifiquement étudiés (sauf dans la définition du périmètre de la médecine hospitalière ambulatoire via le PMSI).
- Le rapport de la MECSS [1] a mis en avant que pour atteindre l'objectif de 70% de chirurgie ambulatoire, il va falloir proposer ce type de prise en charge à des populations qui en étaient exclues jusque-là.

L'objectif du rapport a donc été d'essayer d'étudier comment proposer ces prises en charge ambulatoire de manière équitable et avec un même niveau de sécurité.

- Pour la trame de ce rapport, il a été pris le parti de focaliser les travaux :
 - En chirurgie ambulatoire, notamment sur le point de vue des usagers, point le moins étudié par les travaux antérieurs sur le sujet.
 - En médecine ambulatoire, sur la définition de son périmètre
 - Dans les deux champs sur les deux questions permettant d'atteindre l'objectif
 - Quelles sont les conditions pour que le virage ambulatoire favorise un égal accès aux soins dans une vision parcours en amont ?
 - Quelles sont les conditions pour que le virage ambulatoire représente un gain en termes de sécurité des patients dans une vision parcours en aval ?

SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS

DÉFINITION, SÉMANTIQUE ET PÉRIMÈTRE

Préconisation n°1 : Clarifier les notions et les périmètres d'ambulatoire et de virage ambulatoire par une approche sémantique et des définitions stabilisées. Définir réglementairement ce qui relève de la médecine, de la chirurgie et de l'interventionnel et faire évoluer en conséquence la classification Catégories d'Activités de Soins (CAS)/Groupes Homogènes de Malades (GHM).

L'ambiguïté sémantique se retrouve à la fois dans le terme « ambulatoire », puisque les soins ambulatoires renvoient vers la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé, et dans la notion de « virage ambulatoire », qui devrait *stricto sensu* conduire à une action dynamique de transfert de l'hôpital vers la ville, alors qu'il recouvre aussi le maintien à domicile pour éviter une hospitalisation et le transfert d'activité intra-hospitalière du conventionnel vers l'hospitalisation de jour.

Du fait de l'évolution des techniques, la frontière entre la chirurgie ouverte (avec effraction du corps) et les pratiques dites interventionnelles (souvent en cardiologie et en radiologie) est de plus en plus perméable. L'activité interventionnelle peut nécessiter des compétences et un environnement du bloc opératoire comparables à ceux de la chirurgie ouverte. La taille de l'effraction n'est plus systématiquement proportionnelle à la complexité de la procédure, comme c'est le cas de l'implantation d'une valve aortique qui peut se faire par simple voie artérielle fémorale.

Une évolution de la réglementation notamment du régime des autorisations d'activité de soins et de la classification est donc nécessaire.

Préconisation n°2 : Définir réglementairement le niveau d'environnement chirurgical adéquat, quel que soit le lieu de production, pour la prise en charge d'actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale et ne nécessitant pas de moyens anesthésiques.

Il n'y a pas de « petite chirurgie » : tout acte chirurgical possède potentiellement un risque de nature infectieuse ou hémorragique ou fonctionnelle.

Les actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale représentent environ 2.6 millions d'actes annuels, soit un peu moins du tiers des interventions chirurgicales françaises. Une liste indicative de ce type d'actes pourrait être co-construite avec les professionnels.

Quel que soit le lieu de production (hôpitaux ou cliniques, *Free standing centers*, cabinet de ville), les actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale doivent être effectués dans un environnement technique adéquat dont le niveau pourrait être défini par la HAS.

La prise en charge de ces actes chirurgicaux en ambulatoire ne dispense pas de s'assurer de l'éligibilité des patients (10% environ des patients restent contre-indiqués).

En cas de crise sanitaire impliquant un risque de déprogrammations d'interventions chirurgicales du fait de la mobilisation des anesthésistes-réanimateurs, cette liste indicative pourrait être de fait sanctuarisée.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Préconisation n°3 : Sortir du bloc opératoire commun et partagé avec la chirurgie conventionnelle et diversifier les circuits ambulatoires sous toutes leurs formes en les adaptant à l'évolution de l'activité, tout en scellant définitivement la séparation et l'autonomie des flux ambulatoires.

Pour que la chirurgie ambulatoire franchisse le « plafond de verre » des 60% et pour limiter significativement les pertes de chance dues aux déprogrammations d'activité chirurgicale en hospitalisation complète en cas de crise sanitaire, l'autonomie des centres ambulatoires doit être privilégiée au dépend des blocs communs.

La diversification des circuits peut se faire au sein d'une structure (ambulatoire ultra-court, ambulatoire court, ambulatoire long), d'un site (centre ambulatoire autonome ou satellite) ou entre les sites (centre ambulatoire indépendant).

Il faut ajuster en continu le modèle organisationnel. Le bloc opératoire doit être adaptable et évolutif en fonction de l'activité. Tout projet de rénovation ou de construction d'un bloc opératoire, qu'il soit partagé ou dédié à l'ambulatoire, devrait être conçu systématiquement selon deux principes : une modularité permettant son évolution, un aménagement similaire pour toutes les salles.

Les circuits, les locaux, les personnels ambulatoires ne doivent pas être mutualisés avec les autres types de prises en charge (conventionnel, urgence).

Préconisation n°4 : Élargir, compte tenu des progrès techniques, le champ de la chirurgie au-delà de la seule chirurgie ouverte avec effraction du corps, en y intégrant notamment une partie de l'interventionnel, dès lors que sont nécessaires un environnement de bloc opératoire et un parcours anesthésique. Faire bénéficier l'organisation de type chirurgie ambulatoire à ces prises en charge, tout en maintenant une séparation stricte des flux.

La prise en charge interventionnelle non chirurgicale, souvent ambulatoire, ainsi que les endoscopies diagnostiques et thérapeutiques, peuvent bénéficier d'un niveau d'organisation et de personnel équivalents à ceux dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire dès lors qu'elles sont séparées et autonomisées de la chirurgie ambulatoire.

Préconisation n°5 : Atteindre 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et des travaux des sociétés savantes.

Au niveau international il y a une convergence entre les préconisations de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) et les taux ambulatoires constatés dans les pays les plus avancés, sur le taux cible potentiel ambulatoire de 80%. L'outil VISUCHIR français estime aussi un potentiel ambulatoire de 79,7%, calculé à partir des pratiques ambulatoires actuelles des 20% d'établissements français les plus performants.

Pour y parvenir, les sociétés savantes professionnelles doivent impulser une nouvelle dynamique, en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et de la publication biennale de *guidelines*, à l'instar de la *British Association of Day Surgery* (BADS).

Préconisation n°6 : Autoriser et inciter au développement des « *Free standing centers* » (centres indépendants de pratique exclusive de chirurgie ambulatoire pouvant aller jusqu'à la chirurgie « lourde » ambulatoire) du fait de leur performance et pour impulser une nouvelle dynamique ambulatoire pour atteindre les 80% d'ambulatoire. Ils doivent avoir une activité chirurgicale suffisante.

Comme toutes les unités de chirurgie ambulatoire, ces centres peuvent être mono, bi ou pluridisciplinaires et pratiquer de la chirurgie « lourde » ambulatoire, comme la pose de prothèses totales de hanche ou de genou ou les colectomies totales. Ce sont les modèles organisationnels les plus fréquents dans les pays qui ont largement développé la chirurgie ambulatoire, étant considérés comme les plus efficaces, en termes de qualité, de sécurité, comme de coût global.

Ce sont des établissements de santé, avec le même niveau d'environnement, mais, du fait de leur indépendance, pour assurer la qualité et la sécurité optimales et pérenniser un modèle économique, financier et démographique viables, ils doivent notamment pratiquer une activité chirurgicale suffisante (au moins 3 000 actes annuels).

Ils ne peuvent être un dérivatif à une activité chirurgicale en déclin ou insuffisante qui mobiliserait à perte des ressources financières et humaines.

Ils doivent également signer une convention de repli avec un établissement avec hébergement.

Préconisation n°7 : Réglementer la chirurgie au cabinet en proposant un niveau d'environnement technique adéquat permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins.

Compte tenu de l'avis du Conseil d'État n° 423313 du 22 juillet 2020 et du décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé, une brèche juridique s'est ouverte par rapport à la seule autorisation de la pratique de la

chirurgie en établissement de santé dans le Code de la santé publique, permettant de fait une pratique autorisée de chirurgie de cabinet.

Le retour d'expérience étrangère, avec certains pays pratiquant près de 20% de chirurgie de cabinet, incite à encadrer fortement cette pratique compte tenu de potentiels risques de morbi-mortalité, en mettant en place :

- Une réglementation, une procédure d'accréditation et/ou des *guidelines*, avec notamment un niveau d'environnement technique adéquat (asepsie renforcée, zone de récupération, personnel formé et dédié, ...)
- Des études comparatives de résultats entre les prises en charge en cabinet de ville (*Office-Based*), en centre indépendant de chirurgie ambulatoire (*free standing center*) et en unités de chirurgie ambulatoire hospitalières.

Préconisation n°8 : Rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge ambulatoire, en particulier dans la compréhension du processus de prise en charge, en évaluant avec lui ses conditions psycho-socio-environnementales (en lien si besoin avec le médecin traitant et/ou impliqué), et en l'accompagnant en conséquence : accompagnement thérapeutique systématique dès l'amont de l'hospitalisation, consultation infirmière préopératoire, mobilisation de l'entourage du patient, des associations et/ou des services sociaux.

La vulnérabilité psycho-socio-environnementale (isolement, précarité, frein linguistique, ...) ne constitue pas en soi un critère d'inéligibilité à l'ambulatoire, mais elle est souvent un frein. Des leviers spécifiques, centrés sur la personne, sont à mettre en place, évaluant le ressenti et la compréhension du patient et proposant des dispositifs adaptés : consultation infirmière centrée sur l'information au patient, associations de bénévoles, services sociaux, ... Au-delà du seul patient, il faut évaluer les capacités de l'entourage du patient (compréhension des situations, littératie, aptitude à assumer la plainte, à endosser partiellement le rôle de substitut du soignant...)

L'accompagnement thérapeutique systématique dès le début de la prise en charge permet de renforcer les capacités du patient à gérer la période postopératoire (identification et réaction aux signes d'alerte, ...).

Le renforcement du rôle de l'infirmier(e), notamment dans le cadre des consultations préopératoires, détermine et sécurise l'accompagnement postopératoire, en rappelant les informations essentielles au bon moment, en rassurant la patientèle et en optimisant le retour à domicile, notamment pour des interventions de haute technologie ou pour des patients « complexes ».

MÉDECINE AMBULATOIRE

Préconisation n°9 : Saisir l'opportunité de la transition de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version) vers la CIM-11 pour mettre en œuvre une base de codage des diagnostics en ville afin de décrire les prises en charge et mettre en œuvre la feuille de route du Système National des Données de Santé : SNDS (chainage des bases).

Aujourd'hui, seul le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière peut être étudié finement puisque c'est le seul domaine de la médecine ambulatoire bénéficiant d'une base de codage exhaustive des diagnostics et des actes.

Pour avoir une visibilité de l'ensemble du périmètre de la médecine ambulatoire, il est nécessaire de décrire précisément les parcours Ville/Hôpital et la complémentarité (ou non) de l'offre en médecine ambulatoire, et de développer une base de codage des diagnostics en ville.

La CIM-11 est un outil qui sera mis à disposition sous forme d'API (*Application Programming Interface*) utilisable dans les logiciels métiers y compris en ville et associera des outils de TAL (Traitement Automatique des Langues) qui faciliteront les recueils de diagnostics et les transposeront en code CIM. Son arrivée, prévue entre 2022 et 2027, pourrait donc permettre d'élargir le recueil des diagnostics à la Ville et le codage des inférences causales : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit un outil de codage interopérable avec les logiciels métiers.

Les nouvelles missions de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), reprenant la direction du Centre Collaborateur OMS (CCOMS) sur les classifications en santé, permettent d'envisager une transition pour l'ensemble des codes. La faisabilité fonctionnelle et technique n'étant plus un frein, il convient d'utiliser les outils mis en place pour recueillir ces éléments de codage et parvenir à décrire la médecine ambulatoire d'une manière exhaustive et proche du terrain.

Préconisation n°10 : Réaliser des travaux complémentaires (par exemple *via* les Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins - IRAPS) d'analyse des séjours hospitaliers "marqués médecine ambulatoire" réalisés dans un environnement chirurgical, les séjours « longs » et les parcours atypiques « Infarctus du Myocarde/neurovasculaire ».

Les travaux du groupe de travail du HCSP effectués sur le périmètre de la médecine ambulatoire via le PMSI sont les premiers à n'avoir pas défini le caractère ambulatoire sur l'absence de nuitée mais à travers un référentiel statistique combinant des univers de production de soins, des racines de GHM et des diagnostics principaux et reliés. Cette approche nouvelle permet de détecter la « potentialité » ambulatoire de certains séjours de médecine hospitalière. Plusieurs atypies de parcours en médecine ambulatoire méritent de faire l'objet de travaux complémentaires :

- Des séjours « marqués ambulatoires » avec des durées supérieures à 24 h (parfois plus de 3 jours)
- Des séjours ambulatoires liés à des diagnostics principaux d'infarctus du myocarde ou neurovasculaires (accident vasculaire cérébral : AVC, accident ischémique transitoire : AIT) faisant l'objet d'un séjour en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) avant transfert dans un autre établissement
- Des séjours liés à des diagnostics médicaux réalisés dans un environnement chirurgical

Préconisation n°11 : S'assurer de la bonne adéquation entre les parcours en médecine ambulatoire hospitalière et leurs environnements :

- En développant et systématisant le codage de l'environnement pour les séjours ambulatoires (unité de chirurgie ambulatoire : UCA, hôpital de jour : HDJ, unité médecine, ...)
- En élaborant des référentiels par spécialité médicale et type de prise en charge définissant le niveau de soin requis et les critères de qualité de l'environnement pour ces soins.

Les travaux du HCSP effectués ont permis de repérer différentes typologies de parcours en médecine ambulatoire hospitalière :

- Parcours 1 : parcours « anesthésie ambulatoire programmée » pour un acte médical
- Parcours 2 : parcours « péri-opératoire ambulatoire programmé »
- Parcours 3 : parcours « médical ambulatoire programmé »
- Parcours 4 : parcours « traumatologie »
- Parcours 5 : parcours « médecine aiguë »
- Parcours 6 : parcours « gynécologie-obstétrique »

Il n'a pas été possible de s'assurer que ces parcours étaient réalisés dans l'environnement adéquat pour deux raisons :

- le codage de l'environnement des séjours n'est pas directement accessible et manque de fiabilité dans le PMSI. Par exemple, on ne peut pas dire le pourcentage de séjours relevant du parcours "anesthésie ambulatoire programmée" réalisés dans une UCA ;
- le niveau de soins requis et les critères de qualité de l'environnement pour ces soins ne figurent pas dans un référentiel par spécialité et type de prise en charge

Préconisation n°12 : Assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement en agissant sur la formation des spécialistes de second recours et leurs modes d'exercice.

Ceci implique de :

- **Renforcer davantage les possibilités de stages hors établissements de santé pour les étudiants de 3^e cycle et les mettre en place pour les étudiants de 2^e cycle (i.e. hospitalisation à domicile (HAD), maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), etc.) ;**
- **Encourager les regroupements des spécialistes de second recours** dans les territoires sous-denses (ou à risque de sous-densité médicale) ;
- **Renforcer le développement des consultations « avancées » des praticiens** en lien avec les hôpitaux de proximité et les MSP ainsi que **les postes d'assistants spécialistes à temps partagé de (hôpital et structures en ville).**

L'offre en médecine ambulatoire de second recours est inégalitaire sur un plan géographique (polarisation des spécialistes de ville et de la médecine ambulatoire hospitalière sur les grands pôles urbains) et financier (frein lié aux dépassements d'honoraires, aux coûts liés aux transports voire à l'hébergement). Ces inégalités risquent de s'accroître dans les années à venir en lien avec les mouvements de démographie médicale, par effet d'entraînement avec les dispositifs de 1^{er} recours et l'absence de solutions proposées au moment du développement ambulatoire. Il est donc nécessaire de favoriser une offre de second recours et de proximité. et d'appuyer en ce sens les préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Préconisation n°19 : Développer des outils de data-visualisation à visée nationale, régionale, territoriale et établissement, à l'instar de VISUCHIR, permettant de bénéficier :

- **D'une « cartographie opérationnelle des ressources » de la médecine ambulatoire hospitalière et de l'offre de second recours en ville, exhaustive et mise à jour régulièrement. Cette cartographie devrait être accessible et facile d'utilisation par les professionnels de santé, les institutions, et les usagers avec plusieurs niveaux d'analyse (au niveau d'un établissement, à l'échelle territoriale, régionale et nationale).**
- **D'un « potentiel en médecine hospitalière ambulatoire » territorialisé prenant en compte les spécificités géographiques, socio-environnementales et d'offres.**

L'offre en médecine ambulatoire hospitalière comme celle de second recours en ville est peu lisible pour les usagers, les professionnels de santé et les institutions de régulation comme les ARS. Ceci peut conduire à des parcours non pertinents, des pertes de chance pour le patient et d'efficacité pour le système de santé. Ceci aussi empêche de voir la complémentarité ou non de ces offres ce qui rend le pilotage du « virage ambulatoire » en médecine particulièrement complexe.

Par ailleurs les spécificités géographiques d'un territoire, en termes de population et de ressources en professionnels de santé, social et médico-social, peuvent rendre excessif ou au contraire sous-dimensionné l'objectif national de développement de la médecine ambulatoire.

Un outil structuré commun avec une vision de la « potentialité » de développement de l'ambulatoire en médecine est donc nécessaire afin de pouvoir « territorialiser » l'objectif à atteindre par territoire.

Préconisation n°20 : À l'instar de ce qui est fait pour les hospitalisations en médecine et de chirurgie de plus de 24 heures et en chirurgie ambulatoire, établir des indicateurs de qualité de la lettre de liaison à la sortie d'un séjour hospitalier de moins de 24 heures.

Préconisation n°23 : Définir le statut professionnel et assurer un financement pérenne des IDE de coordination, notamment en cancérologie et promouvoir ce nouveau métier pour les autres parcours ambulatoires nécessitant des recours itératifs hospitaliers (donc avec des risques de rupture multiples)

Les prises en charge des patients atteints de cancer sont un modèle de « virage ambulatoire » (chimiothérapie orale à domicile, chirurgie ambulatoire, radiologie interventionnelle, radiothérapie hypo-fractionnée, etc.). Afin d'améliorer leurs parcours de soins, ont été mis en place à titre expérimental depuis 2009 des infirmiers coordonnateurs de soins qui renforcent l'interface entre les professionnels et les patients. Initialement davantage centrés sur le dispositif d'annonce et le parcours intra hospitalier, leur mission évolue vers plus de sécurisation du lien Hôpital/ Ville et être référent de première ligne pour ces patients. Mais si l'intérêt de ce nouveau métier semble faire consensus et appuie logiquement une coordination dont l'importance augmente avec les prises en charge ambulatoires, le problème majeur est l'absence de financement dédié de ces IDE de coordination hors expérimentation. En corollaire, leur positionnement professionnel et statutaire gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations voire de les pérenniser.

Par ailleurs, cette nouvelle profession axée sur la coordination des parcours des patients atteints de cancer pourrait être un modèle pour d'autres parcours dans lesquels les patients sont amenés à faire des séjours/consultations réguliers hospitaliers (ex : maladie rare, insuffisance d'organe sévère, ...). Le poste d'IDEC serait idéalement dans les CPTS pour éviter l'écueil d'être détourné de leurs missions premières en cas d'attribution de poste dans une structure de soin.

Préconisation n°27 : Évaluer l'impact de l'instruction du 10 septembre 2020 sur le développement de la médecine ambulatoire hospitalière et de la télémédecine associée.

La stagnation de l'offre de médecine ambulatoire hospitalière s'explique en grande partie par un manque d'incitation financière et la crainte des établissements de la requalification des HDJ en consultations externes (induisant une perte financière conséquente) par les pouvoirs publics. L'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé vise à « sécuriser » la tarification des HDJ afin d'en favoriser le développement et d'éviter les contentieux lors des contrôles par l'Assurance Maladie. Elle y intègre la télémédecine (téléconsultation : TLC et téléexpertise) qui peut contribuer à améliorer l'accès aux soins. L'impact de cette instruction sur les développements des secteurs ambulatoires hospitaliers et le rôle de la télémédecine associée est à évaluer.

Préconisation n°28 : Dans le cadre des expérimentations article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 capitaliser sur les résultats des dispositifs financiers partagés ville / hôpital et ville pour structurer les modèles économiques du virage ambulatoire.

Dans la perspective d'un développement optimal et soutenable du virage ambulatoire, les modélisations économiques devraient permettre la mise en œuvre :

- D'un forfait « ambulatoire ville-hôpital » pour les dispositifs ambulatoires mixtes. Ce forfait incitera à la coopération, à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins. Il devra assurer une moindre dépense et formaliser les modalités de partage du forfait entre l'hôpital et la ville, en mesurant la qualité des soins en ville et en anticipant les augmentations potentielles des restes à charge pour les patients.
- D'un financement du reste à charge (personnes en situation de précarité), de prestations « socles » de prévention (psychologue, diététicien, Activité Physique Adaptée : APA) et de la coordination du parcours du patient pour les dispositifs ambulatoires spécifiques à la ville. L'accès aux dispositifs pour les personnes précaires ne doit pas être freiné par l'augmentation du reste à charge.

PRÉCONISATIONS COMMUNES

Préconisation n°13 : Faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains :

- En développant et renforçant les solutions d'accès aux organisations de télésanté
- En facilitant les transports vers les ressources hospitalières très spécialisées et les solutions d'hébergement à proximité avec la possibilité d'un accompagnant, sans reste à charge pour les patients.

L'offre ambulatoire est inégalitaire sur un plan géographique (polarisation des spécialistes et de la médecine ambulatoire hospitalière sur les grands pôles urbains, concentration des plateaux techniques) et financier (frein lié aux dépassements d'honoraires, aux coûts des transports voire de l'hébergement). Ces inégalités risquent de s'accroître dans les années à venir en raison de la démographie médicale, de l'entraînement dans le même mouvement du 1^{er} recours. Le développement ambulatoire doit tenir compte de ces problématiques. Il est donc nécessaire de favoriser une offre de second recours de proximité et de faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains.

Préconisation n°14 : Prévoir systématiquement, dès la conception et la mise en œuvre d'un dispositif du virage ambulatoire :

- Des solutions alternatives au numérique
- Des démarches « d'aller vers » les personnes les plus isolées socialement et à faible littératie en santé.

Le numérique est devenu un élément incontournable dans la mise en place de dispositifs ambulatoires. Le risque est d'exclure de ceux-ci les personnes en situation d'illectronisme, nombreuses en France (17 millions) qui sont souvent celles aussi en plus grande vulnérabilité sociale et/ou financière.

De même les personnes avec une faible littératie en santé et/ou isolée socialement sont moins incluses dans les dispositifs ambulatoires. Cette inclusion, pertinente eu égard à leur situation médicale, doit être travaillée notamment avec les médiateurs sociaux, assistants sociaux en ville et à l'hôpital.

Préconisation n°15 : Assurer un repérage systématique de la vulnérabilité médico-psycho-sociale en ville comme à l'hôpital, via les outils existants pour mieux orienter, organiser et adapter la prise en charge.

Deux scores français existent à ce jour (utilisable en médecine générale) : le score EPICES [2] mais non validé statistiquement et construit avec un biais de sélection important (patients de centres d'exams de santé de la CNAM) et le score PRECAR [3] construit à partir d'une cohorte en population générale, et validé statistiquement en consultation de médecine générale. Ce score peut être réalisé par les médecins généralistes mais également par des infirmiers. Il est aujourd'hui utilisé dans certaines expérimentations de l'article 51, notamment pour la mise en œuvre d'un parcours dédié aux « patients les plus socialement vulnérables ».

Préconisation n°16 : Évaluer l'impact du virage ambulatoire sur les inégalités sociales et territoriales de santé en développant des études *ad hoc*

La vulnérabilité sociale doit être évaluée dans la perspective du développement du virage ambulatoire à un niveau individuel (pour ajuster le parcours du patient à cette vulnérabilité) et à un niveau populationnel (pour évaluer l'impact du virage ambulatoire sur les inégalités sociales). Son repérage et son codage systématiques constituent la première étape indispensable pour que ce déterminant soit pris en compte et des mesures mises en œuvre aux niveaux individuel et collectif.

Préconisation n° 17 : S'assurer qu'un temps d'écoute de la personne (ciblant ses difficultés, ses besoins, sa priorité) accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical.

Préconisation n° 18 : Prendre en compte le savoir expérientiel des patients dans leur propre soin comme dans l'organisation des dispositifs ambulatoires, au niveau local.

Plusieurs dispositifs sont recommandés pour impliquer le patient et/ou son entourage dans les organisations ambulatoires afin de garantir le respect des valeurs et des souhaits du patient ainsi que sa sécurité (décision médicale partagée, éducation thérapeutique, prise en compte de l'expérience patient *a posteriori* pour évaluer la qualité et la sécurité des parcours, ...).

L'étape première d'un temps d'écoute active des difficultés, besoins et priorité des patients n'est pas formalisée et recommandée, ce qui peut expliquer le sentiment d'incompréhension fréquemment exprimé par les patients.

Enfin, du fait du caractère non systématique de ces dispositifs, persistent les risques d'une part que la participation des patients reste un affichage plus qu'une réalité, d'autre part au contraire que l'implication soit exagérée et consiste en un glissement de tâches et de responsabilités des professionnels vers les patients et/ou leur entourage.

Préconisation n° 21 : Évaluer qualitativement les freins à la mise en œuvre de la lettre de liaison à la sortie et proposer des modifications, voire des simplifications à son contenu.

Préconisation n° 22 : Réglementer la transmission des informations de sécurité (notamment les informations sur la prise en charge médicamenteuse) à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge immédiate du patient lors de sa sortie d'hospitalisation et non aux seuls médecins (aux pharmaciens et aux IDE pour les médicaments par exemple).

Les lettres de liaison à l'entrée et à la sortie d'un patient de l'hôpital sont les supports de sécurisation du parcours par la transmission des informations nécessaires et suffisantes aux professionnels de santé afin qu'ils prennent en charge le patient de manière optimale. Le décret du 20 juillet 2016 [4] définit règlementairement les informations devant figurer dans ces documents quelle que soit la durée de l'hospitalisation. Des indicateurs de qualité et sécurité concernant la lettre de liaison à la sortie (LLS) pour la chirurgie ambulatoire et les séjours en médecine > 24 h ont été développés par la HAS et intégrés à la certification. Cependant la LLS reste le point faible d'une grande majorité d'établissements y compris en chirurgie ambulatoire. Outre l'insatisfaction des patients, elle peut contribuer à leur mise en danger comme en témoignent les enquêtes e-Satis et l'enquête de satisfaction HCSP/France Assos santé).

L'évolution de la nomenclature implique plus fortement les infirmier(e)s de ville, le retour à domicile des patients étant optimisé, notamment dans le cadre de prise en charge ambulatoire plus lourde et plus complexe. Pourtant les destinataires de ce document sont uniquement le(s) médecin(s) du patient et non pas les professionnels de santé qui contribuent à la prise en charge du patient à sa sortie, en premier lieu le pharmacien ou l'IDE ce qui accentue le risque de rupture et donc d'erreurs en particulier dans la thérapie médicamenteuse.

Il est précisé que le patient a la possibilité de s'opposer à ce que les professionnels de santé soient informés de son état de santé, ce qui est constitutif d'un risque, dans la mesure où les informations sont diffusées dans son intérêt. Ceci implique, lors du recueil du consentement du patient au partage de ses données, que les professionnels lui expliquent l'importance de ce partage pour sa sécurité.

Préconisation n° 24 : Privilégier les actions pédagogiques pluriprofessionnelles et intersectorielles en formation continue comme en formation initiale des professionnels de santé, en assurant par exemple certaines formations au sein des CPTS avec des journées d'immersion auprès des acteurs non hospitaliers (dispositifs d'appui à la coordination (DAC), équipe mobile au domicile, etc.).

Préconisation n°25 : Encourager les réunions d'amélioration des pratiques intersectorielles pluriprofessionnelles associant usagers et patients (avec l'indemnisation de la participation des patients et des professionnels à ces réunions).

Dépasser la coordination pour arriver à la collaboration des professionnels est l'objectif final de la prise en charge optimale des patients. Ceci implique la connaissance de l'autre professionnel, son champ de pratiques ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives. Or les formations initiales comme continues des professionnels de santé sont souvent mono-professionnelle. En outre, les professionnels de santé d'un même territoire ne se connaissent pas nécessairement, ils n'ont pas (sauf dans les structures d'exercice coordonné ou en établissement de santé et médico-social) de temps et d'endroit dédiés pour échanger entre professionnels et ils ignorent parfois les ressources à leur disposition, la manière de les solliciter et pour quel bénéficiaire (réseau, équipe mobile, plateforme ou dispositif d'appui à la coordination, ...). Enfin, l'intégration des patients/usagers dans les formations et les réunions d'amélioration de pratiques des professionnels est expérimentale ou exceptionnelle, alors même qu'elle est la condition de l'adéquation aux besoins du patient et souvent source d'innovation.

Préconisation n°26 : Développer la coordination territoriale entre les CPTS, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), DAC et le futur guichet unique patient.

En pratique,

- **la gouvernance pour chaque territoire doit associer l'ensemble de ces acteurs ainsi que les représentants d'usagers et d'associations de patients**
- **et le projet e-parcours être partagé entre ces instances de coordination**

Plusieurs organisations ont été ou sont mises en place pour structurer la coordination des professionnels : GHT, structure d'exercices coordonnés, CPTS, DAC, ... Mais les territoires de chacune de ces organisations ne sont ni superposables ni forcément complémentaires. Seule la CPTS a la vocation de réunir les professionnels de tous les secteurs ainsi que du sanitaire, social et médico-social en associant les usagers avec une visée populationnelle. Mais les établissements de santé publics qui y sont associés font également partie d'un GHT avec un autre territoire et des objectifs potentiellement différents. Les DAC peuvent être en appui de plusieurs CPTS voire de GHT. Parallèlement la communication entre les professionnels est la base incontournable de la coordination entre eux : le Système d'Information (SI) doit appuyer et non complexifier la coordination. Il est donc nécessaire d'établir une cohérence entre ces différences instances de coordinations via la gouvernance et le SI.

EXPÉRIENCE de la CRISE du Covid-19

Préconisation n°29 : En cas de crise sanitaire amenant une déprogrammation des interventions chirurgicales, privilégier et sanctuariser impérativement la chirurgie ambulatoire, compte-tenu de ses bénéfices et de la possibilité d'interventions chirurgicales sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et anesthésies locales

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire sont : une organisation par flux (flux courts, flux séparés, flux autonomes, flux tirés...), des rotations plus rapides de patients augmentant la productivité des structures et un moindre risque d'expositions aux infections nosocomiales.

Les déprogrammations constatées de l'activité chirurgicale pendant la crise du Covid-19 ont fait la preuve de la génération de réelles pertes de chance pour les patients.

L'activité chirurgicale sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et les anesthésies locales concerne potentiellement 32% des actes en volume d'activité chirurgicale française.

Préconisation n°30 : Formaliser le rôle des CPTS pour assurer une continuité des soins de 1^{er} recours en ville en cas de crise sanitaire.

Les premières mesures de gestion de la crise du Covid-19 ont entraîné de nombreux renoncements aux soins de ville temporaires mais avec un probable impact délétère pour la santé des personnes. Les recommandations en faveur de la continuité des soins des malades chroniques n'ont été émises que tardivement.

Ce retour d'expérience doit permettre de structurer les organisations pour éviter que ces situations ne se reproduisent en cas de nouvelle crise sanitaire.

Préconisation n°31 : Mettre en place dès sa conception, pour tout dispositif favorisant le virage ambulatoire, un cadre de sécurité incluant une approche *a priori* et *a posteriori* des risques.

À l'image de l'IVG médicamenteuse qui a pu se déployer plus largement en ville lors de la crise du Covid-19 grâce à un cadre strict et précis définissant les conditions à remplir pour garantir la sécurité des patientes, tout dispositif ambulatoire doit définir- lors de sa conception -les conditions de sécurité *sine qua non* devant être remplies pour pouvoir être mis en œuvre. Par ailleurs, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés pendant la crise du Covid-19 sont reliés à des éléments fréquents dans les dispositifs ambulatoires (télémédecine, prescription par l'hôpital mettant en jeu des ressources de ville) et à des défauts de communication entre professionnels qui sont le point faible majeur de ces dispositifs. Pour s'assurer de l'impact du déploiement du virage ambulatoire sur la sécurité des patients il est donc nécessaire que tout dispositif ambulatoire soit associé à une surveillance pro-active des EIAS.

PARTIE I - DÉFINITION, SÉMANTIQUE ET PÉRIMÈTRE

Le virage ambulatoire constitue un des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 et du programme « Ma santé 2022 » [5]. **Ce virage ambulatoire peut recouvrir des notions et des périmètres variables, nécessitant une approche sémantique préalable et des définitions stabilisées.**

L'adjectif « ambulatoire » dérive du latin « *ambulatorius* » qui signifie : mobile, qui se meut, qui peut être mû, qui va et qui vient. Appliqué aux soins, il signifie une prise en charge permettant au malade actif de se déplacer et de poursuivre ses occupations habituelles, donc en dehors de l'hospitalisation, où le patient a de fait une marge de liberté d'aller et venir limitée, même s'il existe actuellement une vigilance importante sur ce point, notamment porté dans le manuel de la nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins de la HAS d'octobre 2020 [6].

Le terme « ambulatoire » appliqué aux soins est ambigu en France, puisque la médecine ambulatoire est souvent assimilée à la médecine de ville, alors que la pratique de chirurgie ambulatoire est assimilée à un établissement de santé. En effet, la médecine ambulatoire correspond le plus souvent à l'exercice libéral par un professionnel de santé dans un cabinet de ville, comme le définit l'Insee « *Les soins ambulatoires (ou soins de ville) sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) au titre de leur activité libérale.* » [7], par opposition à la chirurgie ambulatoire qui trouve son fondement dans la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [8]. L'ambiguïté sémantique sur la chirurgie ambulatoire a été renforcée dans les décrets fondateurs de 1992 [9], puisque définie comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation (au même titre que l'Hospitalisation à Domicile qui délivre des soins au domicile du patient), et non comme une alternative à l'hospitalisation complète.

Cette ambiguïté sémantique se retrouve aussi dans d'autres pays de l'Union Européenne, amenant certains pays à adopter le vocable « ambulatoire » pour la chirurgie [Danemark (*Ambulant*), Pays-Bas (*Ambulant*), Pologne (*chirurgia ambulatoryjna*), Portugal (*cirurgia ambulatoria*), Espagne (*cirurgia mayor ambulatoria*)], alors que d'autres ont privilégié le vocable « jour » [Italie (*day surgery*), 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, a adopté, lors de son Comité Exécutif du 27 septembre 2003 [10], la terminologie internationale suivante de « *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 le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 qui définit « *Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement* » [11].

Cette ambiguïté sémantique entre la médecine ambulatoire pratiquée en ville et la chirurgie ambulatoire pratiquée en établissement de santé se retrouve aussi dans la notion de virage ambulatoire, qui devrait sémantiquement et stricto sensu conduire à une action de transfert de l'Hôpital vers la Ville en permettant « *un retour précoce et sécurisé des patients à leur domicile après un séjour hospitalier médical ou chirurgical* ». Pour exemples, ce virage devrait recouvrir, pour la médecine, le transfert des séances de chimiothérapie dans un établissement de santé vers une chimiothérapie per os à domicile et, pour la chirurgie, le transfert de la chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé vers la chirurgie de cabinet.

Or ce virage ambulatoire recouvre d'autres situations différentes. Il vise aussi à « *favoriser le maintien des patients à domicile en évitant les hospitalisations non pertinentes* », ce qui correspond à un maintien à domicile sans hospitalisation ni virage. Le jugement de non-pertinence des soins ou des séjours concerne le domaine des pratiques professionnelles ou organisationnelles inappropriées, marqueur de non-qualité et de sécurité des soins insuffisante. Sémantiquement, cette notion ne devrait relever que du seul champ statique des bonnes pratiques et non d'un quelconque virage, notion dynamique. Mais la notion de bonnes pratiques évolue avec celle des techniques, des organisations et de l'effet d'entraînement que ces évolutions génèrent entre elles. Ce qui est la norme aujourd'hui pourrait devenir exceptionnel demain.

Enfin, ce virage ambulatoire comporte également la réduction des durées de séjour en hospitalisation complète de médecine et de chirurgie, vers des durées de séjour plus courtes, sans nécessairement de prise en charge sans nuitée. En particulier, cette réduction des durées de séjour en chirurgie s'appuie sur des dispositifs de type Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC), sans nécessairement être associée à une prise en charge sans hébergement.

Cette ambiguïté sur la notion d'ambulatoire et de virage ambulatoire se poursuit dans la définition, et donc le périmètre, de ce qui relève de la médecine ou de la chirurgie.

En effet, il n'y a pas de texte législatif qui définit précisément ce qu'est un acte chirurgical ou un séjour de médecine. Il est défini par défaut, soit par le biais d'une autorisation d'une activité de soins, soit par le biais de nomenclatures et classifications. Dans l'attente de la publication des futurs décrets d'autorisation d'activité de soins (médecine, chirurgie, interventionnel ...), la question des nomenclatures et classifications mérite d'être posée.

Un acte chirurgical peut, suivant la nomenclature ou la classification choisie, relever d'un séjour médical ou chirurgical. Les 2 exemples suivants illustrent bien cette incohérence :

- Les actes GDFO 007 (cordectomie laryngée, par laryngoscopie directe sans laser), JHHA002 (biopsie bilatérale du testicule, par abord direct), JELE002 (pose d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie) sont considérés comme des actes chirurgicaux dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), alors qu'ils sont traités par l'algorithme PMSI/T2A comme des séjours médicaux ou de type K/interventionnels.
- les actes JKFE002 (résection de myome de l'utérus, par hystéroscopie) et LAEP002 (réduction orthopédique de fracture de l'os nasal) sont des actes de chirurgie dans la CCAM et font partie de la liste des 55 gestes de la procédure de MSAP¹ pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, mais ils ne rentrent pas dans le périmètre d'application de l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015 [12] à destination des ARS en vue de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire.

En fait, il existe en France deux nomenclatures qui couvrent des périmètres distincts et répondent à des finalités différentes :

- l'Activité de Soins (ASO) dont l'ASO « Chirurgie » renvoie davantage aux pratiques professionnelles et organisationnelles constatées.
- la Catégorie d'Activités de Soins (CAS) dont le GHM « Chirurgie » identifie un séjour chirurgical à la double condition d'un acte classant et opératoire

¹ La procédure de Mise Sous Autorisation Préalable est issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2008. La loi permet de placer sous accord préalable les établissements de santé qui ont une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement (chirurgie complète), alors que ces prestations auraient pu se faire en chirurgie ambulatoire. Cette procédure, qui se traduit pour les établissements et pour les professionnels y exerçant, par une supervision temporaire par l'Assurance Maladie, est de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques chirurgicales des établissements.

La nomenclature ASO classe les soins de court séjour en ASO « Médecine », ASO « Chirurgie » et ASO « Obstétrique ». L'ASO « Chirurgie » comporte les séjours correspondant aux prises en charge dans un « service » de chirurgie par un chirurgien.

Le regroupement des GHM dans la nomenclature CAS a été construit en isolant au préalable 3 groupes correspondant à des CMD (Catégories Majeures de Diagnostics) : séances, CMD 14 et 15 (Obstétrique). Puis 3 autres groupes sont définis : groupe Chirurgie (racines de GHM avec le 3^{ème} caractère C), groupe dit « peu invasif » (racines de GHM dont le 3^{ème} caractère est K), groupe X (racines de GHM dont le 3^{ème} caractère est M ou Z). Enfin, la CMD 28 regroupe les soins itératifs dont les séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse.

Le CAS/GHM Chirurgie comporte les séjours correspondant aux prises en charge avec un acte classant et opératoire. Le GHM « C » identifie un séjour chirurgical à la double condition de la présence d'un acte classant ET opératoire. L'ASO « C » est plus large dans sa définition d'un séjour chirurgical et renvoie davantage à des pratiques professionnelles et organisationnelles (à la fois des séjours avec passage au bloc opératoire et des séjours hors bloc opératoire dans les « services » de chirurgie).

Le différentiel entre ces 2 nomenclatures ASO et CAS/GHM est d'environ 900 000 séjours annuels : 270 000 extractions dentaires, 80 000 accès vasculaires, 357 000 traumatismes, 46 000 chirurgie esthétique, ...

Ces différences de définitions et donc de périmètre chirurgical ont amené les pouvoirs publics, à la suite du rapport au comité de pilotage d'Hospi Diag² du 6 décembre 2013 [13] sur le taux global harmonisé de chirurgie ambulatoire, à préciser, dans l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015, le nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire (et donc en miroir celui de la chirurgie), afin de refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales. Le nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire comporte donc à ce jour les GHM en C + 4 racines en K (affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, mise en place de certains accès vasculaires, biopsie prostatique) +3 racines de GHM en Z (chirurgie esthétique, IVG et interruptions de confort et autres interventions non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire). Il est à signaler qu'environ 100 000 IVG médicamenteuses ont été intégrées à tort dans ce nouveau périmètre chirurgical, alors qu'environ 400 000 séjours de traumatologie sont toujours considérés comme de la médecine, donc hors périmètre.

Cette complexité de poser une définition claire et précise de la chirurgie s'en trouve encore aggravée, du fait de l'évolution de la chirurgie. Initialement l'acte était dit chirurgical dès lors qu'une effraction du corps était constatée (chirurgie ouverte). Du fait de l'évolution des techniques, cette effraction n'est plus indispensable pour caractériser une prise en charge avec un niveau d'environnement de type chirurgical. Ainsi, la frontière apparaît poreuse entre la chirurgie ouverte et l'interventionnel, la chirurgie robotique, l'intelligence artificielle, les NBIC³ et les OMICS⁴.

NB : L'activité dite « interventionnelle » regroupe notamment la radiologie interventionnelle, la cardiologie interventionnelle et l'endovasculaire. On peut citer : la pose de Mitraclip par voie percutanée pour insuffisance mitrale ou l'implantation d'une valve aortique par voie percutanée TAVI en cardiologie interventionnelle, la pose de prothèse aortique abdominale par voie endovasculaire, la fermeture d'anévrisme cérébral en neuroradiologie...

Compte tenu de tous ces éléments, le HCSP, s'est interrogé, lors de la saisine du 14 mars 2019 par la DGOS sur le champ d'étude du virage ambulatoire (chirurgie ambulatoire hospitalière,

² Hospi Diag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements. Il permet d'identifier les forces et les faiblesses d'un établissement et donc ses gisements de performance dans 5 composantes : qualité des soins, pratiques professionnelles, organisation des soins, ressources humaines et finances.

³ Nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives

⁴ Génomique tel que genomics, proteomics, metabolomics, metagenomics, transcriptomics.

chirurgie de cabinet de ville, interventionnel, hôpital de Jour, médecine ambulatoire de ville...). Il s'est d'abord centré sur deux champs d'étude intra-hospitalier (chirurgie ambulatoire et médecine ambulatoire hospitalière), puis a étendu sa réflexion à l'extra-hospitalier (médecine de ville et transferts hôpital/ville).

Le HCSP propose dans ce rapport des méthodes, des définitions et des périmètres stabilisés, dans l'attente de leur clarification et de l'évolution de la réglementation. Notamment il a cherché à caractériser la médecine hospitalière, car à la différence de la chirurgie (et de la chirurgie ambulatoire), définis par des textes, des algorithmes d'identification et un seul lieu de production (bloc opératoire), la médecine (et donc la médecine ambulatoire) est insuffisamment caractérisée, n'ayant pas de lieu de production dédié et des GHM imprécis. La définition de la médecine ambulatoire étant souvent par défaut, un des objectifs de ce rapport était de mieux caractériser, à partir de la base PMSI et à l'aide de référentiels médicaux et d'organisation et de scénarii, le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière, en créant des marqueurs ambulatoires pour la médecine (cf. chapitre médecine ambulatoire).

Préconisation n° 1 : Clarifier les notions et les périmètres d'ambulatoire et de virage ambulatoire par une approche sémantique et des définitions stabilisées. Définir réglementairement ce qui relève de la médecine, de la chirurgie et de l'interventionnel et faire évoluer en conséquence la classification Catégories d'Activités de Soins (CAS)/Groupes Homogènes de Malades (GHM).

L'ambiguïté sémantique se retrouve à la fois dans le terme « ambulatoire », puisque les soins ambulatoires renvoient vers la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé, et dans la notion de « virage ambulatoire », qui devrait stricto sensu conduire à une action dynamique de transfert de l'hôpital vers la ville, alors qu'il recouvre aussi le maintien à domicile pour éviter une hospitalisation et le transfert d'activité intra-hospitalière du conventionnel vers l'hospitalisation de jour.

Du fait de l'évolution des techniques, la frontière entre la chirurgie ouverte (avec effraction du corps) et les pratiques dites interventionnelles (souvent en cardiologie et en radiologie) est de plus en plus perméable. L'activité interventionnelle peut nécessiter des compétences et un environnement du bloc opératoire comparables à ceux de la chirurgie ouverte. La taille de l'effraction n'est plus systématiquement proportionnelle à la complexité de la procédure, comme c'est le cas de l'implantation d'une valve aortique qui peut se faire par simple voie artérielle fémorale.

Une évolution de la réglementation notamment du régime des autorisations d'activité de soins et de la classification est donc nécessaire.

En parallèle de l'évolution des techniques chirurgicales, la pratique médicale anesthésique a évolué depuis 40 ans, tant en volumes qu'en techniques et modes de prise en charge. L'enquête Inserm de 1980 avait montré que l'anesthésie générale était prédominante avec seulement 1 % d'anesthésie locorégionale (ALR) périphérique [14]. L'enquête 3 jours d'anesthésie de la Société française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) en 1996 avait vu la part d'ALR périphérique augmenter à 28% [15] [16]. On considère qu'actuellement l'anesthésie locorégionale représente près de 50% des anesthésies pour un acte chirurgical soit environ 3 millions par an [17].

Cette évolution des pratiques se retrouve dans l'évolution des textes réglementaires et jurisprudentiels (Cf. chapitre « chirurgie de cabinet ») :

- le décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique [18] offre la possibilité court-circuiter la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) dès lors que l'anesthésie est topique ou loco-régionale périphérique,
- le décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé [19] autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé,

- l'avis du Conseil d'État n° 423313, dans sa décision du 22 juillet 2020 [20], décide que, sous conditions, l'intervention de l'association de chirurgie en soins externes est admise.

Les questions du périmètre et des lieux de prises en charge ambulatoire des interventions chirurgicales sans mobilisation impérative de personnels anesthésistes (intervention sous topique et sous anesthésie locale) sont donc posées.

On peut définir à partir des données de VISUCHIR 2019 le champ potentiel des actes chirurgicaux pratiqués actuellement en établissement de santé avec une anesthésie topique ou locale.

Toutes les spécialités chirurgicales sont potentiellement concernées :

- l'orthopédie avec 259 000 interventions sur la main (dont 145 000 canaux carpiens sous anesthésie locale)
- l'ophtalmologie avec 1 048 000 interventions (dont 916 000 cataractes sous topique)
- l'ORL avec 154 000 (dont 111 000 tumeurs cutanées de la face)
- l'urologie avec 150 000 (dont 110 000 phimosis)
- la chirurgie digestive et viscérale avec 377 000 actes (dont 120 000 chambres implantables, appelée aussi « port-à-cath » (PAC))
- la chirurgie orale et maxillo-faciale avec 311 000 extractions dentaires simples
- la gynécologie avec 170 000 IVG médicamenteuses et instrumentales
- la chirurgie vasculaire avec 79 000 varices
- La chirurgie esthétique avec 60 000 séjours

Cette liste indicative d'actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale couvre environ 2,6 millions d'actes, ce qui représente environ 32% des actes chirurgicaux pratiqués en établissements de santé. Ces actes sont actuellement réalisés à plus de 90% en ambulatoire, soit 2,38 millions d'actes en 2019 (plus de la moitié en volume de la chirurgie ambulatoire française annuelle).

Une partie des 3 millions d'endoscopies médicales réalisées en établissements de santé peuvent potentiellement être aussi impactées, dès lors qu'environ 50% est réalisée sans sédation.

Il n'y a pas de « petite chirurgie ». Toute chirurgie est potentiellement porteuse d'un risque infectieux, hémorragique ou fonctionnel. Un acte avec un faible niveau d'environnement comme la chirurgie de la cataracte a un risque potentiel d'infection et des conséquences qui peuvent être dramatiques, comme la cécité.

Il faut donc s'assurer d'un niveau d'environnement chirurgical adéquat. Ce niveau d'environnement technique adéquat permettrait la pratique potentielle de ces actes avec une anesthésie topique ou locale pour par exemple des patients ASA 1 ou 2, tout en assurant une asepsie renforcée et une zone de récupération simple non de type SSPI, mais avec du personnel dédié et formé à la surveillance des patients. Ce niveau d'environnement technique devrait être identique quel que soit le lieu de production (hôpitaux, cliniques, *free standing centers*, centres de santé, cabinet de ville, ...).

Par ailleurs, les enseignements de la crise sanitaire liée au Covid-19 (cf. chapitre Covid-19) pourraient inciter, en cas de déprogrammations d'activités chirurgicales, de sanctuariser ces actes qui ne mobilisent pas de moyens anesthésiques.

Préconisation n°2 : Définir réglementairement le niveau d'environnement chirurgical adéquat, quel que soit le lieu de production, pour la prise en charge d'actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale et ne nécessitant pas de moyens anesthésiques.

Il n'y a pas de « petite chirurgie » : tout acte chirurgical possède potentiellement un risque de nature infectieuse ou hémorragique ou fonctionnelle.

Les actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale représentent environ 2.6 millions d'actes annuels, soit un peu moins du tiers des interventions chirurgicales françaises. Une liste indicative de ce type d'actes pourrait être co-construite avec les professionnels.

Quel que soit le lieu de production (hôpitaux ou cliniques, *Free standing centers*, cabinet de ville), les actes chirurgicaux sous anesthésie topique ou locale doivent être effectués dans un environnement technique adéquat dont le niveau pourrait être défini par la HAS.

La prise en charge de ces actes chirurgicaux en ambulatoire ne dispense pas de s'assurer de l'éligibilité des patients (10% environ des patients restent contre-indiqués).

En cas de crise sanitaire impliquant un risque de déprogrammations d'interventions chirurgicales du fait de la mobilisation des anesthésistes-réanimateurs, cette liste indicative pourrait être de fait sanctuarisée.

PARTIE II - CHIRURGIE AMBULATOIRE

Plus de 50 ans après la publication de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 définissant pour la première fois l'hospitalisation de jour dans son article 31-3 et près de 30 ans après les décrets fondateurs d'octobre 1992 portant la création, la définition et les conditions techniques de fonctionnement d'unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, **la France a produit sur le sujet de la chirurgie ambulatoire un très important corpus, sans commune mesure avec les autres pays :**

- plusieurs lois, ordonnances, arrêtés et décrets
- d'innombrables circulaires, directives et instructions
- de nombreuses recommandations professionnelles, interprofessionnelles et organisationnelles, jusqu'aux chemins cliniques et étapes clés du processus et du parcours patient
- maints protocoles d'accord, accords tripartites et démarches de contractualisation
- de multiples rapports, plans et documents cadres
- plusieurs enquêtes nationales et internationales
- des conférences de consensus et des avis académiques,
- des outils de diagnostic et de suivi, synthétiques et analytiques
- un abécédaire et un observatoire national (Observatoire français et européen de chirurgie ambulatoire
- des mesures tarifaires cadencées.

En tout, plus d'une centaine de mesures incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire ont été prises en France depuis 30 ans. Tout a donc été dit, écrit, publié et même analysé [21] sur le sujet.

Notamment la HAS et l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) ont révisé récemment l'ensemble de la thématique en publiant, dans le cadre de leur programme de travail commun pluriannuel 2011-2015, un très important corpus de documents et d'outils couvrant six dimensions :

- un état des lieux des pratiques avec la publication d'un **socle de connaissance** (synthèse et rapport détaillé) en avril 2012
- un rapport d'évaluation technologique sur **l'éligibilité des patients** à la chirurgie ambulatoire en mai 2014
- des **recommandations organisationnelles** en mai 2013, accompagnées de trois collections :
 - « *pour comprendre* » : 15 fiches techniques explicatives, évaluatives et de mise en œuvre des recommandations et un guide méthodologique sur la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire
 - « *pour évaluer et mettre en œuvre* » : guides de diagnostic interne et externe, guide de gestion de projets, guide de gestion des risques de 1^{ère} intention, de 2^{ème} intention et de 3^{ème} intention
 - « *pour aller plus loin* » : 15 monographies d'établissements de santé français les plus performants et représentatifs en chirurgie ambulatoire, projet européen *day safe*, éléments de *benchmark* et de *lean management*, actes de la table ronde nationale du 21 novembre 2012

Un outil « itinéraire chir ambu » a même été créé en novembre 2014 pour synthétiser ces trois collections, permettre leur appropriation et guider leur mise en œuvre opérationnelle sur le terrain.

- des synthèses et recommandations et un rapport détaillé d'orientation sur la **tarification de la chirurgie ambulatoire** en France et à l'étranger (état des lieux et perspectives) en juin

2013, ainsi que les outils Opeera (Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire) en juillet 2013 et de micro-costing⁵ en mars 2015

- des **indicateurs de qualité/sécurité** en septembre 2017, de **satisfaction patients** en novembre 2018 et de **performance organisationnelle** (IPCA : Indicateur de performance de chirurgie ambulatoire) en décembre 2015 ont été créés pour accompagner les acteurs sur le terrain
- une évolution des référentiels de la procédure de **certification des établissements de santé** a permis de s'adapter aux exigences de la chirurgie ambulatoire et favoriser sa reconnaissance, notamment au travers de la construction d'une grille d'analyse du patient traceur ambulatoire en mars 2015.

Compte tenu de cet impressionnant corpus de productions, la démarche observée dans le cadre de la saisine a consisté en la priorisation des travaux sur les deux points qui apparaissaient insuffisamment pris en compte en France :

- **la question centrale de la séparation et de l'autonomie des flux de chirurgie ambulatoire**, notamment au travers du très important retard français de développement des centres autonomes et des centres indépendants de chirurgie ambulatoire (« *free standing center* »).
La question englobe aussi le champ et le lieu de réalisation de l'ensemble des pratiques du plateau technique avec la place de l'interventionnel et des endoscopies, ainsi que celle de la chirurgie de cabinet (« *office based surgery* »).
- **le regard usager**, notamment dans l'articulation en amont et en aval de l'hospitalisation, notamment dans le lien entre les équipes hospitalières et la médecine de ville et notamment dans le cadre d'un retour optimisé et individualisé à domicile.

I. Séparation, autonomie des flux ambulatoires et sortie de l'intégré

La séparation et l'autonomie des flux de chirurgie ambulatoire par rapport aux autres flux est une question centrale, apparue dès la publication des **premiers décrets sur la chirurgie ambulatoire et constamment reprise depuis lors**.

Les décrets fondateurs d'octobre 1992 portant sur la création, la définition et les conditions techniques de fonctionnement des unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, ont mis l'accent sur la priorité à donner à **une organisation centrée, non plus sur le professionnel de santé, mais centrée sur et avec le patient** avec des impératifs en termes de fonctions à couvrir plutôt que des moyens à respecter. Cette innovation organisationnelle professionnalise et responsabilise les personnels à tous les niveaux.

Ces décrets imposaient des **moyens dédiés en locaux, en matériel et en personnel avec des circuits spécifiques à la chirurgie ambulatoire et du personnel formé**. Cette obligation d'organisation spécifique pour les patients opérés en chirurgie ambulatoire renvoie à l'obligation d'individualiser les flux des patients opérés en chirurgie ambulatoire des autres flux désorganiseurs (patients opérés en urgence ou en conventionnel et restant hébergés pour une ou plus d'une nuitée, patients de médecine ambulatoire interventionnelle ou non interventionnelle, patients pris en charge en HAD ou en consultation). **La séparation des flux conditionne la qualité et la sécurité de la prise en charge**.

La déclaration liminaire des membres fondateurs de l'*International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)* en mars 1995 définit son concept spécifique « *La chirurgie ambulatoire moderne*

⁵ Le micro-costing est une technique utilisée en économie de la santé pour valoriser les coûts de production d'une procédure médicale. Le coût est obtenu pour chaque facteur entrant dans ce processus (personnel, équipement, consommables, médicaments, dispositifs médicaux, etc.), le plus souvent à partir d'une observation directe sur un ou plusieurs sites (i.e. service clinique, laboratoire, etc.).

*n'est pas réductible à un séjour hospitalier raccourci ou à un modèle architectural. Bien plus, elle est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives. ». Ses travaux [22] explicitent sa spécificité : « Le short stay (très court séjour, jusqu'à 2 nuits) et l'inpatient (hospitalisation traditionnelle) ne changent fondamentalement ni l'organisation ni la culture des professionnels. **La chirurgie ambulatoire change les deux.** Elle s'en distingue donc fondamentalement (...) **La chirurgie ambulatoire, c'est bien autre chose que le très court séjour. Ce qui la définit c'est l'organisation.** Le fait que le patient soit libéré le jour même est le fruit de l'organisation, il n'est pas le fait générateur. La chirurgie ambulatoire n'est pas une chirurgie rapide, c'est de la **chirurgie organisée.** ».*

Le **décret n° 2012-969 du 20 août 2012** modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation avait amené la DGOS, à la suite d'interrogations de l'AFCA et de la SFAR, à préciser, via une instruction aux ARS le 22 novembre 2012, les trois obligations suivantes pour l'organisation de la chirurgie ambulatoire :

- **obligation d'une équipe médicale et paramédicale dédiée** pour la chirurgie ambulatoire. La seule mutualisation possible en chirurgie ambulatoire concerne les seuls personnels de bloc opératoire.
- **obligation pour les structures de chirurgie ambulatoire d'une organisation spécifique** permettant au patient de rejoindre sa résidence le jour même de son admission **et de « locaux dédiés » à la chirurgie ambulatoire** (c'est-à-dire ne pouvant être utilisés pour une hospitalisation complète de chirurgie). Le décret ne permet pas la mutualisation au sein des unités de chirurgie ambulatoire des activités de chirurgie et d'anesthésie avec les activités relevant d'une structure d'hospitalisation à temps partiel (ex : chimiothérapie).

Cette organisation spécifique est décrite, évaluée et actualisée dans la charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire, ainsi que l'évaluation de son activité et de sa qualité à l'aide d'indicateurs spécifiques formalisés dans la charte de fonctionnement, ainsi qu'une meilleure prise en compte de la gestion de la douleur.

- **obligation de formation** des membres de l'équipe exerçant en unité de chirurgie ambulatoire.

Après les fondements posés dans les années 1990/2000, les **recommandations organisationnelles de la HAS et de l'ANAP de mai 2013 [23]** précisaient à nouveau l'organisation cible et la primauté de la séparation et de l'autonomie des flux ambulatoires, notamment avec une approche par les flux selon la théorie organisationnelle du *lean management* [24]. Quatre recommandations déclinent l'optimisation du processus et des flux : recommandation A « *identifier les étapes clés du processus* », D « *maitriser le processus par la gestion des flux* », H « *organiser, optimiser et réguler les flux* » et P « *développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux* ».

Cette **approche par le *lean management*** passe par plusieurs étapes :

- **d'abord** par la réalisation d'une **cartographie précise de l'ensemble des flux** (flux physiques et flux informationnels) afin de comprendre finement le processus.
- puis par la recherche systématique de **8 sources types de gaspillage** en vue de les amoindrir/éliminer : défauts (dossier patient incomplet, etc.), attentes (attente de la signature médicale pour l'aptitude à la rue, etc.), accumulation de patients (convocation systématique des patients à 8 heures, etc.), transport (brancardage systématique de tous les patients jusqu'au bloc opératoire, etc.), mouvements (multiplication des transferts des patients depuis l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'à la salle de bloc opératoire, etc.), action inappropriée (une heure de passage systématique en Salle de Soins Post Interventionnel pour une anesthésie topique, etc.), sous-utilisation des ressources (absence de lissage d'activité dans l'unité de chirurgie ambulatoire, etc.), doublons de tâche (recopiage de données papiers dans le système d'information, non

interopérabilité des informations au sein de l'établissement de santé et avec la ville, etc.).

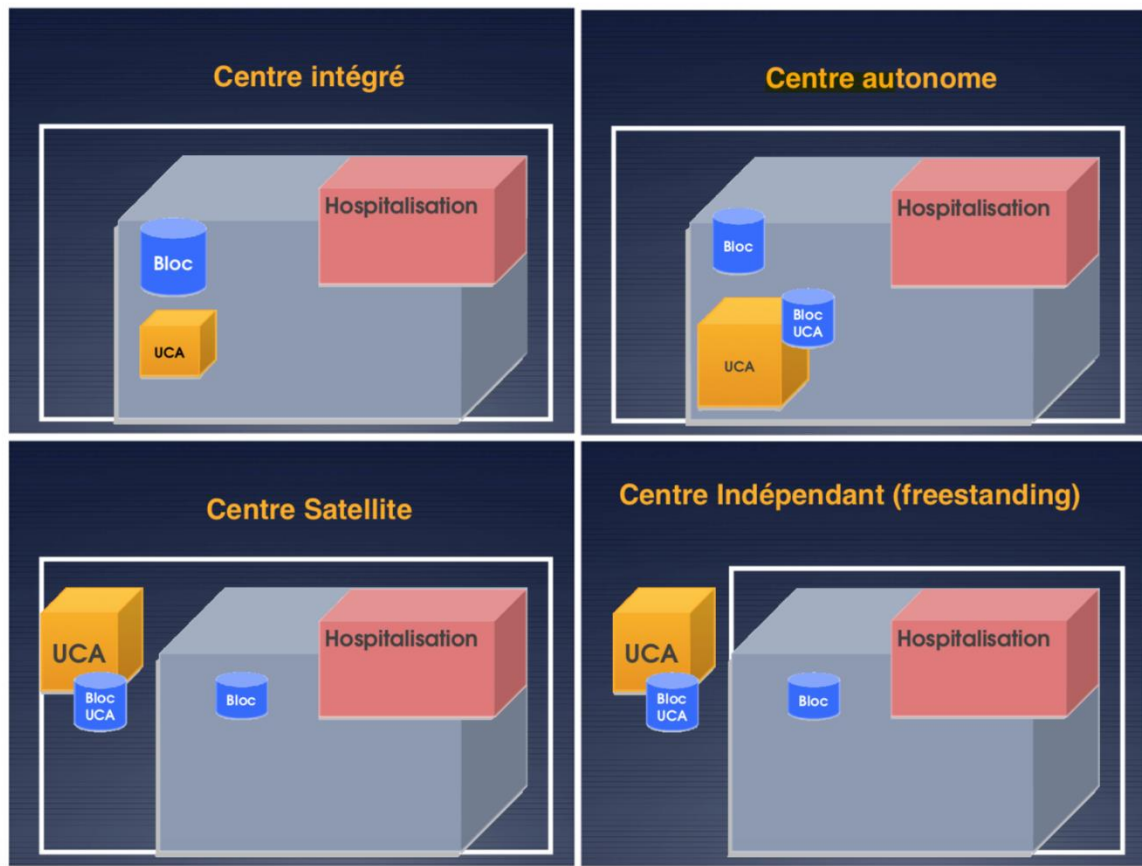
- enfin par l'**optimisation des flux cartographiés en les réorganisant** : flux au fil de l'eau, flux tirés, flux courts, flux anticipés, flux qui ne se croisent pas avec la marche en avant, *Takt time* (rythme et cadencement de rotation des places de chirurgie ambulatoire), ...

Le « Juste à temps » et l'élimination des temps sans valeur ajoutée sont les deux fondements d'une organisation ambulatoire optimisée.

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont décrits dans la littérature mondiale. Tous disposent de locaux d'accueil et de circuits dédiés. Leur différenciation s'opère sur leur degré d'indépendance fonctionnelle, en sachant que l'architecture et le choix organisationnel sont toujours interdépendants :

- Les **centres intégrés** ont un bloc opératoire partagé avec l'hospitalisation complète. Ils représentent en France 95% des centres ambulatoires français et ont le degré d'indépendance fonctionnelle le plus bas et, donc, la séparation des flux la plus complexe à organiser.
- Les autres centres ont un **bloc opératoire dédié** :
 - Les **centres autonomes** sont dans le bâtiment principal de l'Hôpital et disposent d'une unité de chirurgie ambulatoire et d'un bloc opératoire dédiés au niveau d'un étage du bâtiment. Ils ont de fait un degré d'indépendance fonctionnelle des flux de niveau supérieur.
 - Les **centres satellites** sont dans un bâtiment spécifique sur le campus en dehors du bâtiment principal et disposent donc d'une unité de chirurgie ambulatoire et d'un bloc opératoire dédiés et séparés dans un bâtiment spécifique. Leur degré d'indépendance fonctionnelle est encore plus élevé.
 - Les **centres indépendants** (« *free standing centers* ») sont en dehors du campus de l'Hôpital à distance d'une structure hospitalière avec hébergement. Leur degré d'indépendance fonctionnelle est total, tout en ayant administrativement une convention de repli avec un établissement doté d'hébergement dans les cas où une conversion du mode d'hospitalisation serait requise (conversion de l'ambulatoire vers le conventionnel). Ces centres sont majoritaires dans les pays anglo-saxons.

4 modèles d'organisation ambulatoire



Source : BAZIN G., BONTEMPS G., DAVER C., *Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Ce qu'il faut savoir... Ce qui fait débat.* CNAMTS et Ministère chargé de la Santé, 2009, [25]

Parmi ces quatre modèles organisationnels, la réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier, mais plus les volumes d'activité sont importants, plus les flux doivent être autonomisés et sortir de l'intégré. **Il importe donc de privilégier l'autonomie la plus large possible des flux ambulatoires.**

Il importe aussi de ne pas figer ou unifier le modèle, mais bien de l'ajuster en continu. L'organisation ambulatoire doit pouvoir s'adapter pour faire face notamment à une augmentation d'activité ambulatoire par substitution de chirurgie conventionnelle. Il importe aussi de diversifier ses circuits ambulatoires sous toutes leurs formes : flux ultracourts (par exemple la prise en charge d'une cataracte ou d'un carpien ne doit pas dépasser deux heures d'hospitalisation), flux courts (par exemple les interventions pour hernies inguinales avec plusieurs heures d'hospitalisation) et flux longs (par exemple, cholécystectomies ou prothèse totale de hanche avec hospitalisation à la journée).

Préconisation n°3 : Sortir du bloc opératoire commun et partagé avec la chirurgie conventionnelle et diversifier les circuits ambulatoires sous toutes leurs formes en les adaptant à l'évolution de l'activité, tout en scellant définitivement la séparation et l'autonomie des flux ambulatoires.

Pour que la chirurgie ambulatoire franchisse le « plafond de verre » des 60% et pour limiter significativement les pertes de chance dues aux déprogrammations d'activité chirurgicale en hospitalisation complète en cas de crise sanitaire, l'autonomie des centres ambulatoires doit être privilégiée au dépend des blocs communs.

La diversification des circuits peut se faire au sein d'une structure (ambulatoire ultra-court, ambulatoire court, ambulatoire long), d'un site (centre ambulatoire autonome ou satellite) ou entre les sites (centre ambulatoire indépendant).

Il faut ajuster en continu le modèle organisationnel. Le bloc opératoire doit être adaptable et évolutif en fonction de l'activité. Tout projet de rénovation ou de construction d'un bloc opératoire, qu'il soit partagé ou dédié à l'ambulatoire, devrait être conçu systématiquement selon deux principes : une modularité permettant son évolution, un aménagement similaire pour toutes les salles.

Les circuits, les locaux, les personnels ambulatoires ne doivent pas être mutualisés avec les autres types de prises en charge (conventionnel, urgence).

La question de la séparation et de l'autonomie des flux **englobe aussi les actes frontières** réglementairement hors de la chirurgie ambulatoire : même si l'interventionnel et les endoscopies sont « hors champ » de la chirurgie ambulatoire, elles mobilisent aussi le plateau technique ainsi que les moyens humains, qu'ils soient anesthésiques, chirurgicaux, médicaux ou soignants, rattachés au plateau technique ou en découlant.

Ces flux, introduits dans les structures et circuits spécifiques de la chirurgie ambulatoire, peuvent être potentiellement désorganisateurs du fait de leur effet volume et ainsi rentrer en compétition avec les flux propres de chirurgie ambulatoire. À titre d'exemple, il y a eu en France 2,98 millions d'endoscopies hospitalisées versus 3,88 millions de chirurgie ambulatoire [26]. Cet important volume d'endoscopies peut obérer le développement de la chirurgie ambulatoire dès lors que les flux physiques sont mélangés.

Préconisation n°4 : Élargir, compte tenu des progrès techniques, le champ de la chirurgie au-delà de la seule chirurgie ouverte avec effraction du corps, en y intégrant notamment une partie de l'interventionnel, dès lors que sont nécessaires un environnement de bloc opératoire et un parcours anesthésique. Faire bénéficier l'organisation de type chirurgie ambulatoire à ces prises en charge, tout en maintenant une séparation stricte des flux.

La prise en charge interventionnelle non chirurgicale, souvent ambulatoire, ainsi que les endoscopies diagnostiques et thérapeutiques, peuvent bénéficier d'un niveau d'organisation et de personnel équivalents à ceux dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire dès lors qu'elles sont séparées et autonomisées de la chirurgie ambulatoire.

II. Potentiel ambulatoire et listes d'actes transférables en ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire en France comme à l'étranger s'est accompagné de la production de listes d'actes faisables en ambulatoires, d'outils d'estimation du potentiel ambulatoire et de fixation de taux cibles ambulatoires.

Les listes d'actes réalisables en ambulatoires ont été parmi les premiers outils mis à disposition des acteurs. Elles ont été nombreuses, de plus en plus étoffées, chacune construite selon une finalité bien précise :

- "basket" anglais (liste demandée par le *National Health Service* (NHS) à la société savante anglaise pour pouvoir suivre quelques actes reconnus comme étant "évidemment" faisables en ambulatoire, sans effet pervers incitatif sur d'autres actes),
- liste internationale des interventions traceuses de l'OCDE/IAAS (liste d'actes limitée mais significative dressée à la demande de l'OCDE afin de pouvoir comparer les pratiques ambulatoires entre pays),
- listes françaises des 18 gestes marqueurs de la CNAMTS/AFCA (liste indicative et représentative de toutes les spécialités d'actes faisables en ambulatoire) et des 55 gestes de la Mise Sous Autorisation Préalable (MSAP : politique incitative de la CNAM pour contrer une pratique potentiellement excessive de l'hospitalisation classique sur des actes communément admis comme pouvant être pris en charge en ambulatoire),
- listes tarifaires françaises et américaines (Medicare),
- liste anglaise des procédures de la BADS (liste d'actes avec trois taux ambulatoires : taux constatés, taux des établissements les plus en avance et taux atteignables à dire d'experts...).

En France, deux listes d'actes ont initié le développement de la chirurgie ambulatoire : la liste des 18 gestes marqueurs apparue en 2001 dérivée des actes marqueurs [27] et la liste des gestes MSAP (5 premiers gestes en 2008 et enrichie jusqu'à 55 gestes en 2016). Elles ont constitué des starters au développement de la chirurgie ambulatoire, leur effet s'estompe avec un taux national de chirurgie ambulatoire de 83% en 2019 pour les gestes marqueurs et de 85% en 2018 pour les 55 gestes MSAP. On peut donc considérer globalement que la substitution de la chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire est finalisée pour ces actes et atteint un taux plafond (on considère globalement qu'environ 10% des patients présentent des contre-indications médicales ou psycho-socio-environnementales).

D'autres outils et d'autres démarches sont à mobiliser.

Les listes d'actes font débat « 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 » [25] [28]. Le constat fait à l'étranger montre que ces listes deviennent de plus en plus complexes et étoffées : liste de la BADS en Angleterre, liste Medicare aux États-Unis. Par ailleurs, compte tenu du développement effectif de la chirurgie ambulatoire et de la capacité organisationnelle des établissements, depuis l'instruction DGOS du 28 septembre 2015, une approche globale sur l'ensemble du périmètre de la chirurgie (et non sur le périmètre limité des listes d'actes) est priorisée avec le suivi du taux global de chirurgie ambulatoire et la fixation de taux cibles globaux.

Ainsi, l'IGAS et l'IGF [29] ont publié en 2014 un premier outil d'estimation du potentiel de substitution ambulatoire calculé à partir des taux de transférabilité des racines de GHM basés sur le croisement des durées de séjour et des niveaux de sévérité. Mais la mission reconnaissait que « les racines de GHM contiennent dans les faits des actes hétérogènes en termes de potentiel de

transférabilité. Le niveau de granularité disponible (racine de GHM) pourrait être amélioré pour disposer d'une vision plus précise actes par actes ». Cet outil a constitué l'outil officiel de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015.

Les inconvénients de cet outil [pas de prise en compte des case-mix des établissements, basé sur les pratiques de durées de séjour constatées (pas forcément les bonnes pratiques), en décalage par rapport aux recommandations et à l'évolution de la tarification, pas d'évolution possible dans le temps, ont amené la CNAM à développer un outil de 2^{ème} génération. **L'outil VISUCHIR [30] en décembre 2018 identifie un potentiel médicalisé calculé, acte par acte et établissement par établissement, à partir des 20% d'établissements français les plus performants en ambulatoire.** VISUCHIR est maintenant considéré comme l'outil de référence des ARS et sur le terrain : selon le rapport de la MECSS de septembre 2020 [1] « *Bien que non coercitif, VISUCHIR constitue bien un levier privilégié de la transformation (...). Dans ce contexte, le recours à VISUCHIR, qui permet de déterminer un calcul du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire sur la base des meilleures pratiques, constitue un outil majeur d'adaptation à la situation des établissements de santé.* »

Parallèlement au déploiement des listes et des outils, les pouvoirs publics ont fixé des taux cibles de développement de la chirurgie ambulatoire : 100% pour les gestes MSAP en 2008, 50% de la totalité de la chirurgie en 2016, 66,2% en 2020 et 70% en 2022. Cette approche globale sur la totalité de la chirurgie a été privilégiée par le Ministère de la santé dès 2015 au travers de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 et réaffirmée en audition de la MECSS « *selon les éléments transmis par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la liste des gestes marqueurs ne sera plus amenée à évoluer pour plusieurs raisons, parmi lesquelles la réticence de certaines sociétés savantes à étendre cette liste à d'autres actes du fait de leur opposabilité et la priorité accordée au déploiement de l'outil VISUCHIR* ».

Ainsi, VISUCHIR estime à terme un potentiel de développement ambulatoire de 79,72%, à partir des 20% de pratiques ambulatoires françaises constatées en 2019, rejoignant en cela à la fois :

- les taux de 80% constatés dans les pays anglo-saxons et du nord de l'Europe les plus avancés,
- le potentiel de 80% évoqué dans la publication des 8 constats partagés de la puissance publique d'octobre 2010⁶ « *Demain 80% des interventions chirurgicales seront réalisées en chirurgie ambulatoire (soit un potentiel de substitution de 2 millions d'interventions), ce qui induira un véritable changement de paradigme. L'hospitalisation ambulatoire deviendra de fait la référence, l'hospitalisation traditionnelle sera réservée aux seuls cas de contre-indication expresse (comorbidités du patient, situation psychosociale difficile...)* ».

Compte tenu du différentiel de 23 points entre le taux global ambulatoire constaté (56,5% en 2019) et le taux cible à terme (79,7%), il pourrait être préconisé de transférer ce potentiel ambulatoire progressivement à des échéances régulières : par exemple, 25% du potentiel transféré en 2 ans, 50% en 4 ans, ...

Une implication forte des sociétés savantes pourrait aussi contribuer à une nouvelle dynamique, à l'instar de la démarche anglaise de la BADS qui publie des *guidelines* tous les 3 ans. La publication du « *directory of procedures* » en est à sa 6^{ème} édition en 2019 [31]. Le *directory* classe plus de 200 interventions chirurgicales selon 3 taux combinés : taux atteints par les *leaders* dans leur domaine, taux réels observés et taux cibles définis à dire d'experts de ce qui apparaît raisonnable dans les 3 ans. Chaque intervention est définie selon 4 classes : chirurgie de cabinet (*procedure room*), chirurgie ambulatoire (*0 night stay*), chirurgie de très court séjour (*1 night stay* avec durée de moins de 24 heures) et chirurgie court séjour (*2 nights stay* = - de 72 heures). Par exemple, en 2016, la BADS considérait que l'excision transanale d'une lésion anale pouvait être

⁶ Publication des 8 constats partagés de la puissance publique octobre 2010 (potentiel de 80%, 48 000 lits de chirurgie excédentaires) dans la suite du séminaire stratégique restreint organisé par l'ANAP, la HAS et l'AFCA en octobre 2010 et regroupant la DGOS, DB, DSS, les cabinets de la Présidence, du Premier ministre et du Ministre de la santé, les Caisses Nationales, la SFAR, l'AFCA et l'IGAS

réalisée à 40% en cabinet, 35% avec 0 nuit et 25% avec 1 nuit et que l'excision d'une lésion nodulaire du sein avec biopsie du ganglion sentinelle pouvait être pris en charge à 95% avec 0 nuit et 5% avec 1 nuit.

Compte tenu à la fois de la disponibilité de l'outil VISUCHIR et de l'importance d'une dynamique portée par les professionnels de santé et les sociétés savantes, il apparaîtrait intéressant de combiner les taux issus de VISUCHIR (taux constatés et taux des 20% les plus performants) pour chaque acte CCAM et la démarche des sociétés savantes professionnelles, qui définiraient à dire d'experts ce qui apparaîtrait raisonnable de réaliser dans les 2 ans.

Préconisation n°5 : Atteindre 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et des travaux des sociétés savantes.

Au niveau international il y a une convergence entre les préconisations de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) et les taux ambulatoires constatés dans les pays les plus avancés, sur le taux cible potentiel ambulatoire de 80%. L'outil VISUCHIR français estime aussi un potentiel ambulatoire de 79,7%, calculé à partir des pratiques ambulatoires actuelles des 20% d'établissements français les plus performants.

Pour y parvenir, les sociétés savantes professionnelles doivent impulser une nouvelle dynamique, en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et de la publication biennale de *guidelines*, à l'instar de la *British Association of Day Surgery*.

III. Indépendance totale des flux ambulatoires (« Free standing centers »)

Le développement de la chirurgie ambulatoire en France s'est fait à la fin des années 80 chez quelques pionniers avec la création *de facto* d'une organisation ambulatoire en dehors du cadre réglementaire. Parmi ces pionniers, trois centres ambulatoires étaient indépendants (« Free standing centers ») pratiquant une activité mono-disciplinaire ciblée sur la chirurgie de la main ou ophtalmologique.

Ces pionniers ont incité à faire évoluer le cadre réglementaire : la chirurgie ambulatoire a d'abord été interdite par une circulaire CNAMTS du 26 novembre 1990, puis l'État s'est engagé auprès des Fédérations d'Etablissements privés pour donner un statut juridique à la chirurgie ambulatoire (signature du protocole d'accord du 4 avril 1991 de l'hospitalisation privée), et enfin sa reconnaissance officielle s'est faite dans les décrets fondateurs d'octobre 1992.

Les centres ambulatoires indépendants existaient donc en France avant la reconnaissance juridique de la chirurgie ambulatoire en 1992. N'étant pas établissement de santé et comme l'activité de chirurgie ambulatoire est réservée en France aux seuls établissements de santé, ils ont bénéficié, dans la foulée de la publication des décrets de 1992, d'une « fenêtre » d'opportunité de reconnaissance de leur activité en devenant établissement de santé.

Mais la régulation de l'offre par la carte sanitaire jusqu'à l'ordonnance du 4 septembre 2003 et la volonté de ne pas voir apparaître de nouveaux concurrents pour les établissements de santé (position forte des Fédérations représentatives d'Etablissements) ont bloqué l'apparition de centres de chirurgie ambulatoire indépendants en France. Selon l'abécédaire de chirurgie ambulatoire [25] « 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 ». Pourtant, une étude américaine rétrospective [26] des bénéficiaires de Medicare entre 2001 et 2010 a montré que

l'implantation d'un « *Free standing center* » augmentait le taux global de chirurgie ambulatoire de la zone d'implantation avec une augmentation plus forte dans le « *Free standing center* » que dans l'hôpital, mais sans redistribution des patients entre les différents types de centres. La zone ayant vu l'implantation d'un « *Free standing center* » avait vu son taux de chirurgie ambulatoire rattraper celles qui avaient déjà un « *Free standing center* », semblant confirmer selon les auteurs que ces centres, loin de se substituer à l'hôpital, répondaient à des besoins cliniques non satisfaits soit en raison d'une insuffisance de l'offre ambulatoire soit d'une demande croissante des patients.

Les établissements de santé français étant soumis à autorisation préalable, aucun centre ambulatoire français indépendant (sauf éventuelle dérogation) ayant statut d'établissement de santé n'a été créé *ex nihilo* depuis 1992. Ces centres ne peuvent résulter que de la transformation d'une structure hospitalière avec hébergement préexistante en un centre exclusivement ambulatoire sans hébergement.

Alors que la chirurgie ambulatoire est devenue majoritaire en France à partir de 2015, les centres indépendants de chirurgie ambulatoire ne s'y sont donc jamais développés, contrairement aux autres pays. À l'étranger, cette forme d'organisation, soumise aux mêmes contraintes d'environnement de sécurité et de continuité des soins, est considérée comme la plus efficiente, en termes de qualité, de sécurité, comme de coût global. **Dans plusieurs pays, les « *free standing centers* » sont devenus majoritaires, voire dominants et expliquent l'important développement de la chirurgie ambulatoire.**

Aux États-Unis, le développement des « *free standing centers* » a été exponentiel avec une augmentation des parts de marché de 1% à 38% entre 1981 et 2005 et du nombre de centres de 2 425 à 5 095 entre 1996 et 2005 [32]. La dernière enquête nationale (*National Hospital Medical Care Survey 2010*) du *National Center for Health Statistics* et des *Centers for Disease Control and Prevention* a estimé que seulement 53% des procédures chirurgicales ambulatoires étaient réalisées dans des unités de chirurgie ambulatoire hospitalière contre 47% dans les « *Free standing centers* » [33].

Ces centres sont considérés comme les plus performants (soins médicaux de haute qualité à des coûts inférieurs) avec des temps péri-opératoires significativement plus courts dans les « *Free standing centers* » que dans les hôpitaux. Le *National Health Statistics Reports* en 2006 [34] évoque des durées moyennes de séjour plus courtes, tant au niveau du temps passé dans la salle d'intervention (43,2 min dans les « *Free standing centers* » versus 61,7 min dans les unités hospitalières de chirurgie ambulatoire), que du temps d'intervention (25,1 min versus 34,2 min) et du temps de récupération postopératoire (53,1 min versus 79 min). En moyenne, le temps passé dans les structures hospitalières était de 50% supérieur à celui des « *Free standing centers* ». D'autres études [35] évoquent des chiffres proches : le temps périopératoire total moyen pour toutes les procédures examinées était de 39% plus court dans les « *Free standing centers* » que dans les hôpitaux. Des études comparatives [36] ont aussi mis en évidence que, pour 16 interventions chirurgicales différentes, les taux de mortalité à sept jours étaient de 25 pour 100 000 interventions ambulatoires dans les « *Free standing centers* » contre 50 pour 100 000 dans les unités de chirurgie ambulatoire hospitalières.

En Allemagne, la chirurgie ambulatoire s'est d'abord développée dans les « *Free standing centers* » (*Day clinics*), dans la mesure où les hôpitaux n'étaient pas autorisés à la pratique de chirurgie ambulatoire jusqu'en 1993. La concurrence s'est exercée ensuite jusqu'à une répartition des parts de marché ambulatoires avec 2/3 pour les *Days clinics* et 1/3 pour les hôpitaux [37]. Concernant les indicateurs de qualité, les taux d'infection du site opératoire sont plus faibles dans les *Day clinics* que dans les hôpitaux (3,1% [38] versus 16% [39]), probablement liés à des compétences spécialisées plus grandes dans les *Day clinics*. La satisfaction des patients est aussi élevée dans les *Day clinics* (98%) [40].

Des recommandations émises par deux institutions nationales ont tenté de promouvoir en France le développement des « Free standing centers » :

- le rapport du **Conseil National de la Chirurgie** propose lors de sa convention du 29/30 septembre 2006 que « *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* » en vue d'inciter au développement de la chirurgie ambulatoire « *les structures de chirurgie ambulatoire devront assurer la majorité des interventions chirurgicales en 2010* ».
- la HAS et l'ANAP recommandent en mai 2013 de **développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux** « *dans la perspective d'un développement important de la chirurgie ambulatoire, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire sont directement liées au degré d'indépendance de ses flux, ce qui les isole des flux potentiellement désorganiseurs des autres modes de prise en charge. Les impacts sur l'organisation sanitaire sont à apprécier.* »

Ces 2 recommandations ne se sont pas traduites en France par un développement des centres indépendants et n'ont donc eu aucun impact sur l'organisation sanitaire. **Selon les données VISUCHIR 2019, les « free standing centers » pratiquant plus de 3 000 interventions ambulatoires annuelles ne représentent que 0.6% des sites chirurgicaux français, soit 6 établissements sur 941 sites ambulatoires français.** Ces établissements sont des cliniques mono- ou bi-disciplinaires, spécialisées sur l'ophtalmologie ou l'orthopédie. Une seule clinique (Clinique Domont dans le Val-d'Oise) a pratiqué plus de 6 000 actes ambulatoires en 2019. Ces centres ambulatoires exclusifs sont localisés en urbain ou péri-urbain de moyenne ou grande ville. Ils peuvent pratiquer de la chirurgie ambulatoire « lourde » : ainsi la clinique Domont a pratiqué 146 prothèses totales de hanche et 143 prothèses de genou en 2019.

REGION	DEPARTEMENT	NOM ETABLISSEMENT	CATEGORIE JURIDIQUE	SPECIALITE	NOMBRE DE SEJOUR DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	TALUX AMBULATOIRE
11 - ILE-DE-FRANCE	95-VAL-D'OISE	950032714 - CLINIQUE AMBULATOIRE DE DOMONT	CLINIQUE	Ortho/Ophthalmo/SeinPeau/ORL/	7 720	99,5%
52 - PAYS DE LA LOIRE	49-MAINE-ET-LOIRE	490540440 - CENTRE DE LA MAIN	CLINIQUE	Ortho/Neuro/	4 349	100,0%
99 - DOMITOM	974-LA RÉUNION	970466751 - CLINIQUE AVICENNE	CLINIQUE	Ophthalmo/	3 696	99,9%
93 - PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	13-BOUCHES-DU-RHÔNE	130784903 - CLINIQUE LA PHOCEANNE	CLINIQUE	Ophthalmo/	3 667	100,0%
32 - HAUTS-DE-FRANCE	80-SOMME	800018491 - IOP SOPP AMIENS	CLINIQUE	Ophthalmo/	3 629	99,8%
28 - NORMANDIE	14-CALVADOS	140002452 - CLINIQUE DE LA MISERICORDE - CAEN	ETABLISSEMENT A BUT NON LUCRATIF	Ophthalmo/ORL/Neuro/Ortho/	3 082	99,5%

Source VISUCHIR 2019

La question d'un seuil d'activité chirurgicale minimale se pose uniformément dans tous les centres de chirurgie pour des raisons évidentes de qualité et sécurité des soins.

Mais elle est encore plus prégnante dans les « Free standing centers » pour des raisons supplémentaires de pérennité de leur modèle économique, comme le démontrent en France les chiffres d'évolution de l'activité chirurgicale des centres exclusifs ambulatoires.

En effet, selon VISUCHIR, il existait en 2013 dix-sept centres chirurgicaux exclusifs ambulatoires avec le statut d'établissement de santé. Seuls 3 de ces 17 établissements avaient une activité ambulatoire supérieure à 3000 actes annuels. En 2019, 8 de ces établissements ont fermé et sur les 9 autres, seuls les 3 établissements pratiquant plus de 3 000 actes en 2013 ont vu leur activité augmenter, les 6 autres ont vu leur activité régresser ou stagner sous les 2 700 actes ambulatoires annuels, rendant compte de l'existence d'un seuil d'activité chirurgicale minimale, en deçà duquel la pérennité économique de la structure n'est pas assurée. Une étude internationale confirme bien le lien entre qualité/sécurité des soins et volume minimal d'activité en chirurgie ambulatoire. La recherche documentaire systématique parue en 2020 dans la revue *BMC Health Services Research* [41] a analysé en 2019 dans sept bases de données ce lien sur sept indications chirurgicales : reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, chirurgie de la cataracte, ménisectomie, thyroïdectomie, arthroscopie primaire de la hanche, libération du canal carpien et réparation de la coiffe des rotateurs. Elle a conclu l'existence d'un lien proportionnel entre volume d'activité en chirurgie ambulatoire et qualité des soins (VOR « Volume-Outcome Relationship »), sauf pour la libération du canal carpien et la thyroïdectomie.

Alors que l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 précise « *Il est important de rappeler que le développement de la CA doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit être en aucun cas le palliatif à une activité de chirurgie défaillante et qui fait l'objet d'une restructuration* ». Selon VISUCHIR, 15 sites géographiques français (dont les 6 du stock évoqué en supra) ont en 2019 des pratiques ambulatoires exclusives avec une faible, voire très faible activité chirurgicale ambulatoire : 4 centres entre 1 500 et 3 000 actes annuels et 11 centres avec moins de 1 500 actes annuels. Ces 15 centres sont de nature juridique diverse : 9 cliniques privées à but lucratif, 2 centres hospitaliers, 2 Espic (Établissement de santé privé d'intérêt collectif) et 2 sites de CHU.

Préconisation n°6 : Autoriser et inciter au développement des « *Free standing centers* » (centres indépendants de pratique exclusive de chirurgie ambulatoire pouvant aller jusqu'à la chirurgie « lourde » ambulatoire) du fait de leur performance et pour impulser une nouvelle dynamique ambulatoire pour atteindre les 80% d'ambulatoire. Ils doivent avoir une activité chirurgicale suffisante.

Comme toutes les unités de chirurgie ambulatoire, ces centres peuvent être mono, bi ou pluridisciplinaires et pratiquer de la chirurgie « lourde » ambulatoire, comme la pose de prothèses totales de hanche ou de genou ou les colectomies totales. Ce sont les modèles organisationnels les plus fréquents dans les pays qui ont largement développé la chirurgie ambulatoire, étant considérés comme les plus efficaces, en termes de qualité, de sécurité, comme de coût global.

Ce sont des établissements de santé, avec le même niveau d'environnement, mais, du fait de leur indépendance, pour assurer la qualité et la sécurité optimales et pérenniser un modèle économique, financier et démographique viables ils doivent notamment pratiquer une activité chirurgicale suffisante (au moins 3 000 actes annuels).

Ils ne peuvent être un dérivatif à une activité chirurgicale en déclin ou insuffisante qui mobiliserait à perte des ressources financières et humaines.

Ils doivent également signer une convention de repli avec un établissement avec hébergement.

IV. Chirurgie de cabinet (« Office-based surgery »)

La question de la chirurgie de cabinet a pris beaucoup d'importance dans certains pays, amenant l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) à se positionner sur le sujet dès sa création :

- **Déclaration liminaire en mars 1995** « *La chirurgie ambulatoire est, par ailleurs, bien adaptée aux interventions qu'il est souhaitable de ne pas pratiquer dans les cabinets médicaux.* »
- **Comité Exécutif de la Corogne en octobre 1999** : "L'IAAS est consciente du développement de la chirurgie en cabinet. Elle conseille à ses membres et à ceux qui peuvent chercher son conseil de définir des guides nationaux pertinents de bonne pratique en matière de sécurité avant de démarrer un quelconque programme de chirurgie en cabinet. De plus l'IAAS désire souligner la tendance générale à l'augmentation des litiges médicaux. Elle prévient donc qu'elle ne pourra soutenir un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière ou un directeur qui participerait à un acte de chirurgie en cabinet sans s'appuyer sur une réglementation nationale agréée."
- **Éditorial en 2000** par les 3 anciens présidents [42] « *Le temps est venu de promouvoir la vraie chirurgie ambulatoire (...) 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 autonome.* »

Cette chirurgie de cabinet s'est développée d'une manière importante dans certains pays. Ainsi, elle représentait 17% des interventions chirurgicales [32] et 10 millions de procédures chirurgicales [43] aux États-Unis en 2005. Leur chiffre continuait à augmenter à environ 12 millions en 2009 [44]. Elle s'est développée aussi au Canada et en Suisse, alors qu'elle n'est pas autorisée en Allemagne pour des raisons administratives [37].

Dans la première décennie des années 2000, plusieurs études scientifiques internationales [45] étaient convergentes pour dire que la chirurgie ambulatoire apportait une meilleure qualité que la chirurgie traditionnelle mais qu'on observait une dégradation significative en matière de qualité des soins sur tous les indicateurs qualité (y compris la mortalité) lors d'une prise en charge en chirurgie de cabinet. Une étude en Floride [45] confirmait même qu'il y a approximativement 10 fois plus de risques d'événements défavorables et de morts en chirurgie de cabinet comparativement à la chirurgie ambulatoire (taux d'événements indésirables de 65,8 pour 100 000 en cabinet contre 5,3 en centre de chirurgie ambulatoire et taux de mortalité de 9,2 contre 0,8 en chirurgie ambulatoire). Enfin, une étude américaine [46] sur les risques juridiques en cas de complication sur l'anesthésie pratiquée en cabinet libéral montrait que les réclamations résultant des dommages liés aux anesthésies ambulatoires réalisées dans les cabinets libéraux apparaissaient à la fois plus sévères et plus souvent évitables que dans les établissements de soins. Ils conduisaient à des indemnisations particulièrement lourdes. Les accidents observés dans les cabinets libéraux aux États-Unis semblaient ramener 20 ans en arrière.

Les études publiées depuis lors semblent plus contrastées et nuancées pour ce qui concerne la mortalité et morbidité. Une revue de littérature en 2012 [44] retrouvait : 37 procédures contentieuses liées à la chirurgie de cabinet dans la base de données de la Société Américaine des Anesthésistes (ASA) ; 9 événements indésirables (dont 4 décès) entre mars et juillet 2000 en Floride selon l'étude de Shapiro ; un risque relatif d'événement indésirable de 12,8 fois et un risque relatif de décès de 11,8 fois supérieurs en chirurgie de cabinet qu'en chirurgie ambulatoire selon l'étude de Vila et *al.* qui présente des lacunes méthodologiques ; aucun risque supplémentaire de décès en chirurgie de cabinet selon l'étude de Clayman et *al.* 23 décès sur 1,1 million d'interventions dans l'étude de Keyes et *al.*

Il faut souligner que les vraies études comparatives des indicateurs de qualité (taux de complications...) entre « l'Office-Based », les *Free standing centers* et les unités de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux sont peu nombreuses.

Parmi elles, deux études sont intéressantes :

- l'analyse d'une cohorte [47] portant sur 183 914 interventions de chirurgie esthétique, publiée en 2017, a montré que les taux de complications étaient respectivement de 1,3%, 1,9% et 2,4% dans « l'Office-Based Surgery », les « *Free standing centers* » et les hôpitaux. En analyse multivariée, il y avait un risque plus faible de développer une complication dans un Office-Based par rapport à un *Free standing* (RR 0,67, IC à 95% 0,59-0,77, P <0,01) ou à un hôpital (RR 0,59, IC à 95% 0,52-0,68, P <0,01).
- la revue systématique de la littérature scientifique effectuée par Berglas et *al.* [48] et publiée en 2018 a permis d'examiner 3 049 articles pour n'en retenir finalement que 12 ayant les critères méthodologiques scientifiques suffisants, dont 6 ont étudié l'impact sur la qualité/sécurité des procédures des unités de chirurgie ambulatoire versus chirurgie de cabinet. Les résultats semblent n'indiquer aucune différence dans la sécurité des patients pour les procédures ambulatoires effectuées dans les hôpitaux par rapport aux cabinets de médecins. Les auteurs ont conclu que des études plus nombreuses et de qualité sont nécessaires pour affirmer que la chirurgie de cabinet entraîne un problème de santé publique.

Il faut aussi signaler que les comparaisons entre les pays ou entre les états d'un même pays sont difficiles, dès lors que les pare-feux au développement de la chirurgie de cabinet n'ont pas été uniformément déployés. Certains états ont plutôt engagé une démarche dans la réglementation, d'autres dans les standards d'accréditation ou sous forme de *guidelines* publiées par les associations de professionnels. En 2012 aux États-Unis, il n'y avait pas de surveillance fédérale

des cabinets médicaux, mais des démarches des états. Seulement 27 états exigeaient l'accréditation des cabinets médicaux et 28 états avaient des *guidelines* ou une réglementation spécifique. Parmi ces recommandations professionnelles, on peut citer l'*American Society of Anesthesiologists Guidelines for Office based Anesthesia* (2008), le *South Carolina Medical Association's Office-based Surgery Guidelines* et l'*Office-Based surgery Guidelines of Massachusetts Medical Society* (2011) [49].

En conclusion, la revue des publications depuis 20 ans ne permet pas de définir précisément s'il existe un sur-risque ni d'analyser le bénéfice/risque de la chirurgie de cabinet par rapport à la chirurgie ambulatoire, qu'elle soit pratiquée en « Free standing centers » ou dans les hôpitaux. Les biais de comparaison sont nombreux : insuffisance méthodologique, sélection des patients, niveaux d'environnement non standardisés entre les états. En revanche il semble se dégager une volonté partagée des acteurs d'encadrer cette pratique, sous forme de réglementations, d'accréditation et/ou de *guidelines*. On peut aussi analyser que le développement rapide des « Free standing centers » aux États-Unis a permis de canaliser celui des « Office-Based », puisqu'entre 1981 et 2005 le développement des « free standing centers » a été deux fois plus rapide que celui des « Office-Based » (38% versus 17%).

En France, l'absence de développement des centres autonomes ou des « Free standing centers » risque de ramener la question de la chirurgie du cabinet au premier plan.

D'une part, l'**avis du Conseil d'État n° 423313, dans sa décision du 22 juillet 2020** [20], confirme que « *sont soumis à autorisation les actes chirurgicaux qui (...) nécessitent une anesthésie (...) ou le recours à un secteur opératoire (...) prévoyant notamment une zone opératoire protégée propre à garantir la réduction maximale des risques de nature infectieuse* » tout en indiquant que « *ces actes peuvent être pratiqués dans le cadre d'une activité alternative à l'hospitalisation, au sein de structures qui ne sont pas nécessairement des établissements de santé, à la condition toutefois que cette activité ait été autorisée par l'ARS et satisfasse aux conditions précisées notamment par les articles D 6124-301-3 et suivants du CSP* ». Le CE décide donc dans son article 1 « *l'intervention de l'association de chirurgie en soins externes est admise* ».

D'autre part, la publication récente en France du **décret n° 2021-454 du 15 avril 2021** [19] va, du fait de la « brèche » juridique qu'il crée en modifiant le Code de la santé publique, replacer le sujet de la chirurgie du cabinet au centre des débats (ouvert il y a une quinzaine d'années en France avec la question de la chirurgie de la cataracte en cabinet libéral). En effet, ce décret autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé. Ces 70 000 curetages annuels pratiqués actuellement au bloc opératoire dans un établissement de santé sont dans le champ de l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015 [12] qui définit le nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire et donc de la chirurgie. Ces curetages bénéficient actuellement dans la prise en charge hospitalière d'un suivi chirurgical compte tenu du risque hémorragique et anesthésique lié à la pratique de l'anesthésie.

Ensuite, on peut aussi noter que des actes comme l'implantologie dentaire et l'endodontie sont déjà pratiqués en cabinet, alors que ces actes effectués sous anesthésie locale ne sont pas dénués d'un risque infectieux ou hémorragique.

Il en résulte donc que l'activité de chirurgie peut potentiellement se pratiquer en dehors d'un établissement de santé, dès lors qu'elle est autorisée par l'ARS et qu'elle satisfait certaines conditions.

Les conséquences peuvent être d'ordre multiple : qualitatif et sécuritaire, juridique, organisation sanitaire, économique, budgétaire... parmi elles, la question sécuritaire apparaît au premier plan.

Cette question qualitative et sécuritaire a amené la HAS à s'interroger en 2010 sur la question d'imposer ou non la réalisation de certains actes au bloc opératoire et, en corollaire de permettre leur exécution en dehors des établissements de santé. Dans son rapport de décembre 2010 [50], elle analyse de la situation française (« 2 niveaux existent en France : d'une part le cabinet médical

non défini réglementairement et dont l'équipement est variable selon les spécialités et d'autre part, les établissements de santé, défini sur le plan fonctionnel réglementairement ») et la situation internationale avec un éventail d'environnement plus diversifié, notamment 3 niveaux d'environnement technique selon des critères discriminants basés sur l'anesthésie, les actes et les patients :

- Niveau 1 le plus simple (anesthésie topique, locale, blocs digitaux ; actes mineurs ; patients ASA 1,2 et + ou - 3)
- Niveau 2 intermédiaire (sédation et anesthésie locale, sédation et analgésie ; actes mineurs ou majeurs ; patients ASA 1,2, 3 et + ou - 4 avec accompagnement du patient)
- Niveau 3 le plus complexe (anesthésie régionale ou générale ; actes mineurs ou majeurs ; patients ASA 1,2, 3 et + ou - 4)

La HAS envisageait possible le développement français d'environnements différenciés de complexité croissante. Elle proposait 3 niveaux d'environnement (aménagement des locaux, équipement et personnel), dans le cadre d'une démarche de maîtrise des risques et de garantie de la qualité des soins :

- Niveau 1 le plus simple assimilable à un cabinet médical technique avec aseptie simple, sans présence de tiers et pour la réalisation d'actes techniques de type ORL, dentaire ou dermatologique
- Niveau 2 intermédiaire avec aseptie renforcée, zone de récupération non de type SSPI et personnel de surveillance du patient au cours et au décours de l'acte, il approuverait le recours à un anesthésiste sur site
- Niveau 3 le plus complexe correspondant au niveau d'environnement actuel réglementaire des unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

La chirurgie de cabinet, telle qu'envisagée dans l'évolution réglementaire française, pourrait correspondre au niveau d'environnement de type 2 sans présence d'un anesthésiste sur site, mais avec la présence de personnel dédié et formé à la surveillance des patients. Dans tous les cas une convention de repli avec un établissement est aussi nécessaire dans l'éventualité de complications.

Préconisation n°7 : Réglementer la chirurgie au cabinet en proposant un niveau d'environnement technique adéquat permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins.

Compte tenu de l'avis du Conseil d'État n° 423313 du 22 juillet 2020 et du décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé, une brèche juridique s'est ouverte par rapport à la seule autorisation de la pratique de la chirurgie en établissement de santé dans le Code de la santé publique, permettant de fait une pratique autorisée de chirurgie de cabinet.

Le retour d'expérience étrangère, avec certains pays pratiquant près de 20% de chirurgie de cabinet, incite à encadrer fortement cette pratique compte tenu de potentiels risques de morbi-mortalité, en mettant en place :

- une réglementation, une procédure d'accréditation et/ou des *guidelines*, avec notamment un niveau d'environnement technique adéquat (asepsie renforcée, zone de récupération, personnel formé et dédié, ...)
- des études comparatives de résultats entre les prises en charge en cabinet de ville (*Office-Based*), en centre indépendant de chirurgie ambulatoire (*free standing center*) et en unités de chirurgie ambulatoire hospitalières.

V. Le regard usager

Plusieurs travaux convergents permettent d'approcher la perception des usagers de la chirurgie ambulatoire au travers des résultats des enquêtes e-Satis de la HAS [51], d'une enquête restreinte auprès des usagers pilotée par le groupe des experts HCSP et en collaboration avec France Assos Santé, et d'autres travaux dont les pilotes ont été auditionnés.

1. e-Satis

Dans le cadre du recueil d'indicateurs de résultats, la HAS a mis en place le dispositif national e-Satis de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour associer le patient aux enjeux d'amélioration du système de soins, en complément de l'évaluation par les professionnels. Ce dispositif concerne tous les patients en chirurgie quelle que soit la prise en charge, conventionnelle ou ambulatoire.

Depuis mai 2018, chaque patient ayant une chirurgie en ambulatoire dans une clinique ou un hôpital, peut donc donner son avis sur son séjour à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne. Le questionnaire comprend 62 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience explorant les différentes étapes du parcours du patient.

La première campagne nationale 2018 avait notamment permis de retrouver un score national de satisfaction globale pour la chirurgie ambulatoire de 76,4 points versus 73,3 points pour la chirurgie conventionnelle.

Pour la campagne 2020 plus de 400 000 patients (28% de répondants) ont exprimé de bons scores : 82/100 pour l'organisation avant hospitalisation bien que 39% des patients n'aient pas reçu d'ordonnance d'antalgiques avant leur opération, 81/100 pour l'accueil du patient, 84/100 pour la prise en charge médicale et paramédicale du patient, 74/100 pour la chambre et la collation mais 19% des patients juge le confort de son espace de « moyen » à « mauvais ». 13% des patients n'avaient pas d'endroit personnel pour ranger ses affaires (placard, vestiaire...), 70/100 pour l'organisation de la sortie et le retour au domicile. Pour ce dernier item les éléments négatifs étaient les suivants : 19% des patients n'étaient pas satisfait du délai d'attente pour voir un médecin avant de sortir, 23% des patients n'avaient reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à ☐ recontacter l'établissement en urgence, 28% des patients n'avaient pas reçu le numéro de téléphone de la personne ou le service à contacter en cas d'urgence, 23% des patients n'avaient reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur son intervention et son suivi (lettre de liaison), 43% des patients n'ont pas été contactés après leur sortie.

Les résultats pour 2020, en très légère augmentation par rapport à la première campagne 2018 (entre 1 et 2 points d'augmentation), sont globalement satisfaisants en ce qui concerne les indicateurs de processus, excepté pour l'étape de la sortie et du retour à domicile, alors même qu'il s'agit d'un maillon essentiel permettant de juger du bon déroulement de la chirurgie (suites opératoires, anticipation de la prise en charge de la douleur, etc.) et de l'optimisation du retour à domicile. Cela se reflète dans les niveaux de satisfaction des patients : si ces derniers sont dans l'ensemble satisfaits des conditions de sécurité, **l'organisation de la sortie et du retour à domicile demeure « un énorme point faible ».**

2. Enquête HCSP/France Assos Santé

Cette enquête « Chirurgie ambulatoire : Quels vécus des usagers ? » a été relayée auprès de patients ayant eu une intervention chirurgicale en ambulatoire via les réseaux sociaux et France Assos Santé.

Elle a été réalisée par questionnaire. Les résultats sont les suivants :

- Informations générales sur vous et votre intervention

276 patients ont répondu à l'enquête : âge médian 72 ans, 65% habitant hors Île-de-France, 94% ayant eu une intervention après 2010. Le sexe ratio était H/F 62%/38%.

24% des répondants vivaient seuls. L'aller du domicile à l'établissement de santé a été considéré comme facile pour 9 patients sur 10. Le ratio établissements privés/publics était 72%/28 %. Les actes chirurgicaux étaient multidisciplinaires : digestif, orthopédie, ophtalmologie, ORL, gynécologie, dermatologie, ... L'anesthésie générale était réalisée pour 56% des interventions. Dans 92% des réponses le patient avaient rencontré, avant l'intervention, le chirurgien, 88% l'anesthésiste-réanimateur, 52% un(e) infirmier(e), 70% une autre personne (secrétaire...). 58% des patients ont été interrogé sur l'environnement de vie à domicile (situation familiale, condition d'hébergement, ...) pour préparer le retour à domicile. Dans 25% des cas il a été discuté la possibilité de rester hospitalisé le soir. Pour 93% des patients il a été possible de poser toutes les questions à propos de l'opération (comment s'y préparer ? Comment cela allait-il se passer pendant l'opération et pour le suivi ?). 91% des patients se sont sentis écoutés sur leurs interrogations et leurs craintes. 96% des patients été confiants et 94% bien informés avant l'intervention.

- *Le jour de l'intervention*

À la question « *avez-vous eu besoin d'être accompagné pour aller de votre domicile à l'établissement de santé* » : 29% ont répondu non, 62% ont été accompagnés par un proche, 19% via un véhicule sanitaire. 82% ont trouvé facilement l'accueil ou le service de l'unité ambulatoire. 94% ont considéré avoir été bien accueillis. 95% ont considéré que l'étape préopératoire s'est bien déroulée et 97% que le trajet jusqu'au bloc opératoire s'est bien passé. L'opération s'est bien déroulée, du point de vue du patient dans 96% des cas. Dans 90% des réponses les patients se sont sentis bien surveillés juste après l'intervention.

- *À la sortie*

61% ont eu un *compte-rendu opératoire à la sortie*. 84% ont eu un document mentionnant ce qu'il fallait surveiller au domicile et ont eu un numéro d'urgence à appeler en cas de problème. 72% ont eu une ordonnance d'antalgiques, 65% *une ordonnance pour les soins (pansement, enlever les points de suture...)*. 88% des patients se sentaient apte à repartir au domicile, et 84% se sentaient serein à la sortie.

- *À votre retour à domicile et les jours suivants*

42% ont été contactés au moins une fois (téléphone, SMS) par l'équipe hospitalière pour prendre de leurs nouvelles. Dans 59% des cas le médecin traitant était bien informé de l'intervention et des soins qui avaient été prescrits. 90% des patients savaient ce qu'il fallait surveiller et comment. 84% savaient à quoi servaient les médicaments prescrits par l'équipe hospitalière et comment les prendre. 80% savaient qui alerter en cas de questions ou problèmes. 85% n'ont pas eu de complications liées à l'intervention, aux soins ou aux traitements prescrits. 88% se sont sentis en sécurité pendant cette période post-intervention.

Au total, 80% ont donné une note ≥ 8 sur la qualité des soins apportées durant toute cette prise en charge (avant/pendant et après la chirurgie). Dans cette enquête il apparaît également **la nécessité d'améliorer l'organisation de la sortie et du retour à domicile** : contact au retour au domicile et information du médecin traitant.

3. Autres travaux de personnes auditionnées

Le rapport d'ATD Quart Monde [52] soulève les conséquences de l'isolement social des usagers dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Les modalités d'information des patients semblent insuffisantes tant dans les éléments communiqués que dans la manière d'accompagner les usagers.

Les propositions d'ATD Quart Monde étaient les suivantes :

- Informer précisément et clairement les patients sur l'intervention, les précautions anesthésiques ou la préparation à la sortie de l'hospitalisation ;
- Accompagner le patient lors de la transmission d'informations (remplissage du questionnaire, démarche proactive, ...) ;
- Développer le recours au médiateur (maison des usagers, service social, infirmier, médiateur sanitaire) lors de la visite de pré hospitalisation ;
- Améliorer l'articulation avec la médecine de ville, en particulier pour prendre en compte les conditions de vie.

Le rapport propose des éléments d'amélioration des parcours. Afin de renforcer l'accès aux soins d'une part et la fluidité de parcours de santé pour les personnes précaires d'autre part, il a été retenu de :

- Veiller à la fluidité de la prise en charge pour les situations et les périodes de fragilité ;
- Améliorer la couverture de frais induits par l'ambulatoire ;
- Mettre en place des bourses pour recueillir le matériel médical recyclé, en lien avec les pharmacies ;
- Restructurer l'offre des assurances « assistance à domicile » ;
- Simplifier les démarches et dossiers administratifs ;
- Garantir l'accès aux maisons de santé et respecter le secret de l'utilisateur et le secret médical ;
- Valoriser le rôle des pharmaciens dans le parcours et le développement de l'ambulatoire ;
- Faire évoluer la formation des professionnels de santé notamment dans la relation avec le patient ;
- Structurer des parcours à partir de l'expérience du patient

Le rapport d'information de la MECSS du 23 septembre 2020 sur la chirurgie ambulatoire [1] met en avant la nécessité d'un processus anticipatoire du parcours du patient. Il a été proposé de :

- Travailler sur le parcours de soin en pensant à l'isolement géographique et social (par exemple au financement du taxi, des hôtels hospitaliers, ...)
- Evaluer par questionnaire l'adaptation de l'habitat du patient à son retour, obligatoirement abordée dès la phase d'entretiens préalables à l'opération et donc destinée à s'assurer de l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (présence d'ascenseurs ou d'escaliers, présence d'une douche ou d'une baignoire...).
- Suivre la généralisation annoncée de l'expérimentation relative aux hôtels hospitaliers et évaluer leur intérêt pour la prise en charge des publics isolés et/ou précaires dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.
- Généraliser les protocoles de prise en charge des patients en situation de vulnérabilité en prévoyant les conditions d'intervention d'un médiateur en santé.

- Tendre vers un « zéro reste à charge » pour les patients engagés dans un parcours de chirurgie ambulatoire
- Prévoir la remise de la lettre de liaison aux professionnels de santé libéraux qui assurent la prise en charge du patient en qualité de membre de l'équipe de soins au sens du 2° de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique.

Le travail de l'URAF (Union Régionale des Associations Familiales) de Bourgogne-Franche-Comté est centré sur le patient et sa famille dans le cadre de l'ambulatoire [53]. Il souligne l'importance de l'anticipation et de la coordination pour une bonne prise en charge en ambulatoire. Il précise de nombreux points :

- Il faut développer une information destinée au grand public pour éviter le phénomène de défiance. Elle doit faire mention que l'ambulatoire est possible grâce aux progrès techniques et qu'il répond à une demande des patients de réduire les durées d'hospitalisation. Ses objectifs et son organisation doivent être expliqués avec pédagogie.
- Les usagers et leur famille doivent avoir les informations nécessaires pour faire le choix qui s'adapte le mieux à leur situation même s'ils répondent aux critères d'éligibilité d'une chirurgie en ambulatoire.
- Le développement de l'ambulatoire ne doit pas s'accompagner d'un transfert de charge vers le patient. Les frais de déplacement nécessaires au suivi postopératoire peuvent mettre à mal le budget familial. Plus généralement, les modes de financements doivent s'adapter à cette organisation hospitalière pour éviter un reste à charge pour les patients plus important qu'en chirurgie conventionnelle.
- Pour un meilleur retour à la vie quotidienne, des aménagements peuvent être prévus bien en amont. Les usagers et leur famille doivent être informés pour les prévoir et éventuellement connaître les aides possibles.
- L'accompagnant permet d'avoir une vision davantage centrée sur la personne que sur sa maladie. Il intervient surtout sur le plan moral, organisationnel et aide à la gestion du suivi médical doit être intégré dans le processus d'information et de coordination des soins, en évitant le transfert de responsabilité vers lui.
- Il faut rompre les frontières entre les différents acteurs pour améliorer la prise en charge du patient et développer la coordination entre les différents acteurs autour et avec le patient et sa famille.

VI. Constats sur l'accessibilité et la sécurité

Les enquêtes et retours patients montrent un enjeu important autour de l'évaluation de l'accessibilité préopératoire et de la sécurité postopératoire.

1. Focus Accessibilité

Parmi les critères d'inéligibilité (rapportés par l'ANAP et les auditions réalisées par le groupe de travail), figurent : la comorbidité instable, les syndromes d'apnée du sommeil, l'incompréhension des signes habituels et des alertes.

Il n'existe pas de profil de patients type pour la chirurgie ambulatoire. Le type d'intervention ainsi que le profil du patient doivent être conjointement pris en compte pour choisir le mode de prise en charge adéquat en tenant compte du rapport bénéfices/risques pour chaque patient. La sélection des patients doit se faire par le chirurgien, l'anesthésiste-réanimateur, en lien avec le patient, mais peut être adaptée par les autres intervenants du parcours.

Bien que la vulnérabilité psycho-sociale-environnementale ne constitue pas un critère d'inéligibilité en soi, les patients les plus socialement vulnérables doivent être repérés et accompagnés plus étroitement, en mobilisant si nécessaire l'entourage, les bénévoles dûment formés (association, patient expert, ...) et/ou les compétences des services sociaux. Il existe une variabilité des critères d'éligibilité en chirurgie ambulatoire d'une équipe à l'autre sur les aspects sociaux et environnementaux. Néanmoins ces critères sont souvent sous-estimés et/ou non évalués.

Des expériences inspirantes ont été relevées lors des auditions

Des consultations préopératoires d'information sont réalisées par des soignants (infirmier(e)s ou aide-soignant(e)s) (Centre hospitalier de Quimper).

La consultation infirmière permet de reprendre la concordance des avis chirurgical et anesthésiste-réanimateur avec le patient (AFCA).

Le cahier des charges pour la construction du centre a été adapté en fonction des parcours souhaités et des profils des patients reçus, notamment pour les patients porteurs de handicap (CHU La Pitié).

Pour les chirurgies qui peuvent être risquées, l'éloignement géographique est un point de vigilance fort. Les patients trop éloignés ne seront pas acceptés en ambulatoire si leur prise en charge présente un danger (il n'existe pas d'hôtel hospitalier sur le site) (CHU La Pitié).

2. Focus sécurité

La sortie et le retour à domicile sont les points faibles de la prise en charge en chirurgie ambulatoire retrouvés à la fois dans le suivi e-Satis par la HAS et l'enquête usagers menée par le HCSP en lien avec France Assos Santé. Il y a clairement des points à améliorer :

- Le défaut d'information des patients eux-mêmes
- Le manque de consignes spécifiques pour les accompagnants
- Le défaut de coordination Établissement de santé/Ville : celle-ci dépend des individualités et non de procédures. Quand elle existe, elle n'implique pas tous les professionnels en charge du suivi des patients
- La non généralisation de la Lettre de Liaison de Sortie.
- Le manque de retour du vécu des patients
- Le défaut de prise en compte des éléments environnementaux

L'ensemble des procédures en chirurgie ambulatoire intègre le médecin traitant *a minima* au travers de la transmission de la lettre de liaison à la sortie, qui doit comporter les traitements, les complications possibles, les conduites à tenir avec l'identification des personnes référentes, permettant l'optimisation des suites opératoires, avec la prise en charge de la douleur et des risques hémorragiques et thrombotiques. Néanmoins, **l'association du médecin traitant à la prise en charge péri-opératoire reste souvent limitée que ce soit en amont ou en aval de l'hospitalisation alors que celui-ci, en charge de la coordination du parcours de proximité, devrait activement contribuer à l'information et au travail de pédagogie autour de l'acte ambulatoire ainsi qu'au suivi via une prise en charge partagée avec l'équipe chirurgicale du patient, sans transfert de responsabilité de l'équipe vers le médecin traitant.**

Son intégration tend néanmoins à se renforcer au travers du développement de la prise en charge des malades chroniques de plus en plus éligibles à la chirurgie ambulatoire, pour lesquels le médecin traitant a un rôle prépondérant dans le suivi des traitements.

Les acteurs de la ville peuvent également être amenés à intervenir en aval notamment les infirmier(e)s. Néanmoins, l'implication de ces professionnels va probablement s'améliorer du fait de l'introduction d'une cotation adaptée pour le suivi à domicile. En effet, à la suite d'une expérimentation pilotée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Infirmiers Hauts-

de-France sur la chirurgie ambulatoire en 2013, de la présentation de ses résultats à la CNAM, et après des discussions avec les syndicats représentatifs, 4 nouveaux actes ont été ajoutés à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) infirmiers. Ces actes sont repris dans l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers (signé le 29 mars 2019 et paru au Journal officiel le 13 juin 2019) :

- Un acte de séances de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée après chirurgie. Elle inclut la vérification de la compréhension des consignes et des prescriptions de sortie, le suivi des paramètres de surveillance prescrits, le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière, en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médical.
- Une séance de surveillance et/ou retrait de cathéter péri nerveux pour une analgésie postopératoire.
- Un acte de retrait de sonde urinaire.
- Un acte de surveillance de drain de Redon et/ou retrait postopératoire de drain.

Des expériences inspirantes ont été relevées lors des auditions

Une permanence téléphonique est portée par un(e) infirmier(e) de l'unité ambulatoire. La pratique de l'appel du lendemain généralisé est consommatrice en temps, d'où l'intérêt du numérique (Centre Hospitalier de Quimper).

De l'éducation thérapeutique doit être dispensée par les soignants : le patient doit avoir tout compris en amont de l'intervention pour pouvoir se prendre en charge plus facilement (SFAR).

La lettre de liaison intègre le courrier initial de consultation, une fiche de renseignement sur la chirurgie ambulatoire ainsi que la fiche de sortie mentionnant l'intervention, les suites habituelles et les signes d'alertes et de complications possible avec une ordonnance d'antalgiques et une note explicative sur l'utilisation (AFCA).

Les patients ont été intégrés dans certaines instances afin de recueillir leur avis et d'optimiser les chemins cliniques (Clinique de Domont).

Les chemins cliniques réfléchis en pluridisciplinarité avec toutes les équipes, administrative ou médicale, du brancardier au chirurgien, ont été intégrées au processus de mise en place du virage ambulatoire (Clinique de Domont).

L'infirmier(e) de coordination est chargé(e) d'expliquer au patient les conditions de sortie en amont de l'opération, les complications qui peuvent survenir, les signes d'alerte, ce que le patient peut ou ne peut faire (CHU La Pitié).

Pour plus d'agilité, un projet de partenariat avec l'archevêché de Paris avait été réfléchi avec pour objectif que des bénévoles puissent assurer un accompagnement sur un délai court (CHU La Pitié).

Préconisation n°8 : Rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge ambulatoire, en particulier dans la compréhension du processus de prise en charge, en évaluant avec lui ses conditions psycho-socio-environnementales (en lien si besoin avec le médecin traitant et/ou impliqué), et en l'accompagnant en conséquence : accompagnement thérapeutique systématique dès l'amont de l'hospitalisation, consultation infirmière préopératoire, mobilisation de l'entourage du patient, des associations et/ou des services sociaux.

La vulnérabilité psycho-socio-environnementale (isolement, précarité, frein linguistique, ...) ne constitue pas en soi un critère d'inéligibilité à l'ambulatoire, mais elle est souvent un frein. Des leviers spécifiques, centrés sur la personne, sont à mettre en place, évaluant le ressenti et la compréhension du patient et proposant des dispositifs adaptés : consultation infirmière centrée sur l'information au patient, associations de bénévoles, services sociaux, ... Au-delà du seul patient, il faut évaluer les capacités de l'entourage du patient (compréhension des situations, littératie, aptitude à assumer la plainte, à endosser partiellement le rôle de substitut du soignant...)

L'accompagnement thérapeutique systématique dès le début de la prise en charge permet de renforcer les capacités du patient et à gérer la période postopératoire (identification et réaction aux signes d'alerte, ...).

Le renforcement du rôle de l'infirmier(e), notamment dans le cadre des consultations préopératoires, détermine et sécurise l'accompagnement postopératoire, en rappelant les informations essentielles au bon moment, en rassurant la patientèle et en optimisant le retour à domicile, notamment pour des interventions de haute technologie ou pour des patients « complexes ».

PARTIE III - MÉDECINE AMBULATOIRE

I. Le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière à travers le PMSI

1. Contexte et objectifs des travaux

À la différence de la chirurgie et de la chirurgie ambulatoire, définies par des textes, des algorithmes d'identification, un seul lieu de production (bloc opératoire) et des actes clairement identifiables, la médecine et donc la médecine ambulatoire sont peu caractérisées. Il n'existe pas de lieu de production dédié, les GHM sont imprécis. Généralement le périmètre de la médecine ambulatoire est défini par défaut par le caractère « sans nuitée » et l'absence d'acte classant. Cette dernière notion peut même être débattue selon que l'on considère que la « médecine interventionnelle » entre ou pas dans le champ de cette médecine ambulatoire.

Mieux définir le périmètre de la médecine ambulatoire au moins au sens clinique est pourtant nécessaire dans une réflexion sur le virage ambulatoire et la définition d'objectifs pour celui-ci.

La seule base de données exhaustives sur les diagnostics et les actes à disposition en France pouvant refléter les prises en charge en médecine ambulatoire est le PMSI. Nous avons donc été contraints de restreindre l'étude du périmètre de la médecine ambulatoire à celui de la médecine ambulatoire hospitalière. Si des bases du même type étaient développées ou exploitables dans le périmètre du SNDS, dans le secteur de la ville et du médico-social, l'exploration du champ pourrait être élargie à l'ensemble de la médecine ambulatoire.

Objectifs

- Approcher le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière en confrontant les données médico-administratives et l'expertise de cliniciens et avec l'aide de référentiels médicaux et d'organisation et de scénarii,
- Dégager des constats pour nourrir la réflexion sur le virage ambulatoire

2. Méthodologie

Une réflexion importante a été conduite afin de déterminer une méthode de sélection des séjours qui pourraient être étiquetés « médecine ambulatoire ». Une simple description des séjours sans nuitée et sans acte est une solution attrayante, mais les précédents essais avec cette stratégie n'ont malheureusement pas couvert l'ensemble des séjours avec des diagnostics et des prises en charge qui relèveraient de l'ambulatoire et qui, pour des raisons multiples, ont des durées de séjour de plus d'une nuitée.

Pour mémoire, la structure du PMSI fait que les séjours sont présentés par des agrégats médico-économiques sous forme de GHM sans aucune notion « médicale ».

Un des objectifs de l'étude était d'approcher un périmètre de diagnostics et d'unités médicales hébergeant ces séjours. Par ailleurs, une description simple des séjours sans nuitée se heurte très rapidement à la nécessité d'agréger car il est invisable de décrire les séjours un à un. L'analyse du PMSI se fait donc à partir de l'analyse d'agrégats de séjours et parmi ces agrégats (définis par des unités médicales et des diagnostics) figurent des séjours avec ou sans nuitée. Il est donc clair que pour des raisons de représentativité, retenir uniquement les séjours « 0 nuitée » de ces agrégats occultait une partie de prises en charge qui se prêtaient à une prise en charge ambulatoire.

L'approche choisie ici a donc « exclu » de ne prendre en compte uniquement les séjours sans nuitée.

Des choix préalables ont été retenus pour étudier les séjours et déboucher sur un contenu relevant *a priori* de la prise en charge médicale ambulatoire à l'hôpital.

Ce sont les suivants :

- Travailler sur le PMSI MCO (médecine chirurgie obstétrique) seul, si bien que la psychiatrie, le SSR (Soins de Suite et Réadaptation), et l'HAD ne font pas partie du périmètre initial.
- Partir de la définition par « exclusion » du sujet : l'ambulatoire est produit sans nuitée (rappelons que le PMSI ne décompte que des présences de patients à minuit, et pas des heures), et la médecine est, dans le PMSI, le reliquat de séjours non marqués par des actes chirurgicaux ou classants
- Exclure les périphériques/connexes au sujet qui, s'ils avaient été inclus, auraient rendu la tâche trop difficile. Il s'agit :
 - o des séances,
 - o des séjours avec techniques peu invasives,
 - o des actes et consultations externes (ACE). Pour ce dernier point, il est regrettable que le système d'information actuel ne comporte aucune information diagnostique pour ces ACE. En conséquence, une grande partie des travaux de type « lien ville-hôpital » et « parcours de soins » est affectée par des incertitudes majeures, et reste au moins non mesurable.

Ainsi ces trois éléments précédents sont exclus du périmètre d'étude ainsi que les actes classants chirurgicaux.

La méthodologie appliquée est ici double puisqu'il a fallu constituer un référentiel diagnostique dans un premier temps, puis l'appliquer sur une année pour sélectionner la base de travail d'analyse, laquelle a été réalisée par des experts cliniciens, et des experts en santé publique et du PMSI. La sélection initiale des séjours repose donc sur le traitement du PMSI par l'association de l'unité de production/racine de GHM/DP/DR, DP pour diagnostic principal et DR pour diagnostic relié.

1) Création d'un référentiel permettant d'identifier les « séjours hospitaliers ambulatoires » à partir des données des années 2016,2017 et 2018 du PMSI selon les modalités suivantes

a) La première étape est la constitution du référentiel (figure 1 : constitution du référentiel). Ce référentiel est basé sur les séjours avec une seule unité médicale, caractéristique qui permet de conserver l'essentiel de la médecine ambulatoire et qui permet d'identifier le lieu où elle a été réalisée.

Il exclut les séances, les IVG chirurgicales, les séjours chirurgicaux ou avec acte classant, et les GHM de chirurgie esthétique ou de confort (actes chirurgicaux mais non codés comme tels). Il repose sur le concept d'univers de soins, le lieu où il est produit (type d'unité médicale).

Cette première sélection permet d'identifier :

- des univers « généralistes » : médecine pédiatrique, médecine d'adultes, médecine des personnes âgées (chacune ayant fait l'objet d'un test complémentaire sur l'âge des patients pour réaffecter les placements inopportuns, la médecine pédiatrique comprenant les séjours des personnes âgées de 0 à 16 ans, la médecine des personnes âgées comprenant séjours des personnes âgées de 80 ans et plus),
- des univers spécialisés : gynéco-obstétrique, oncologie, addictologie, prise en charge de la douleur chronique, ...
- des univers « non programmés » : urgences enfants et urgences adultes.

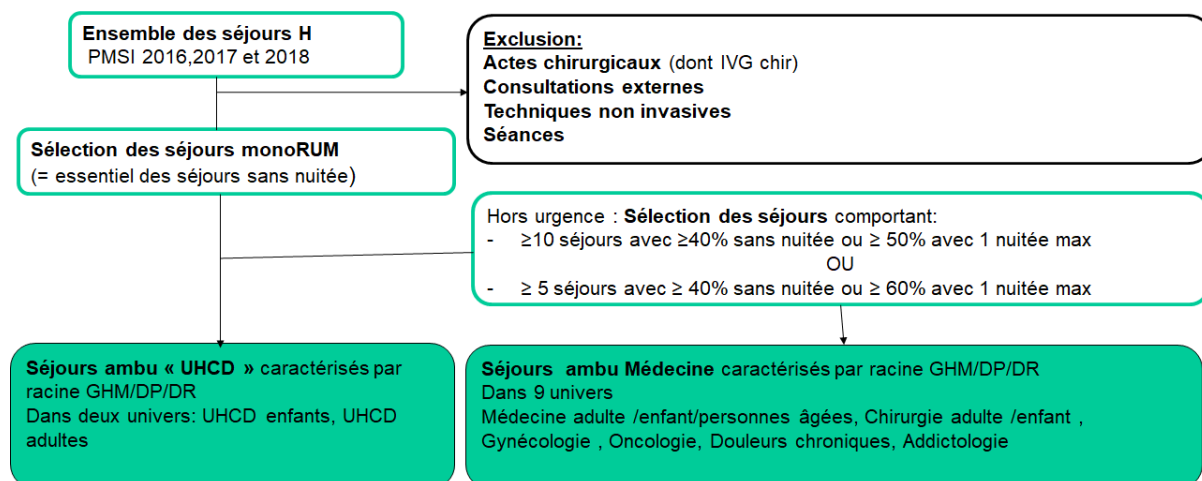


Figure 1: constitution du référentiel

Ces univers identifiés, un traitement différencié s'applique :

- pour le non programmé, les unités médicales étant les UHCD, l'ensemble des couples DP/DR des séjours intègre le référentiel urgences, la vocation des UHCD étant bien la courte durée. Pour les séjours en UHCD, seuls les couples DP/DR ont donc été utilisés.
- pour le programmé, le caractère ambulatoire des séjours a été défini à partir des couples DP/DR qui répondaient à des proportions minimales de séjour sans nuitée d'une part et de très courte durée d'autre part de manière à ce que : (figure 2)
 - premièrement, l'application du référentiel permette de « capter » un maximum de séjours de médecine ambulatoire au sein de la base de données étudiée (le PMSI national annuel en l'occurrence), on parlera ici de **taux de couverture**.
 - Deuxièmement, l'application du référentiel restreigne autant que possible la part, dans les séjours programmés, de ceux qui ont donné lieu à hébergement (figure 3), on parlera ici de **taux de concentration**.

Schéma descriptif des éléments testés pour constituer le référentiel médecine ambulatoire

REFERENTIEL A QUATRE ELEMENTS

EFFECTIFS DE SEJOURS REpondant AUX QUATRE ELEMENTS DU REFERENTIEL

CONDITIONS DU TEST : DEUX PROPORTIONS ET UN EFFECTIF

COUPLE DE MORBIDITE PRINCIPALE

Les univers sont issus des résumés d'unités médicales (RUM), avec quelques retraitements sur l'âge. C'est notre programme qui les crée.

Les racines de GHM (groupes homogènes de malades) viennent du groupage P.M.S.L. La présence des racines de GHM permet certains groupages de séjours en sortie.

Le diagnostic principal est unique par séjour, il est en code CIM10, et correspond au problème de santé ayant motivé l'admission dans l'unité médicale.

Le diagnostic relié complète le diagnostic principal si nécessaire (pas toujours de DR dans un séjour), lorsque le DR est "en 2e" c'est à dire décrit une prise en charge et non une pathologie.

Séjours sans nuitée.

Séjours de très courte durée, c'est à dire avec une seule nuitée.

Séjours de courte durée, c'est à dire avec deux nuitées.

Séjours longs, c'est à dire avec trois nuitées ou plus.

La division de l'effectif sans nuitée par l'effectif total doit atteindre un certain seuil. 1ère condition du test.

La division de l'effectif ambulatoire/TCD par l'effectif total doit atteindre un certain seuil. 2ème condition du test.

3ème condition : l'effectif minimal de séjours de la ligne pour que les proportions en conditions 1 et 2 soient significatives.

univers	racine GHM	diagnostic principal	diagnostic relié	nb sans nuitée	nb très courte durée	nb courte durée	nb longs	proportion sans nuitée	proportion sans nuitée et très courte durée	total
gynéco-obst-IVG	avortement, IVG (14208)	avortement médical complet (O049)	aucun	273 413	1 757	1 045	-	99%	99,62%	276 215

Ces quatre éléments constituent "la ligne de base" testée, il ne sont pas testés les uns après les autres mais ensemble, c'est à dire que le test porte sur les séjours qui répondent aux quatre caractéristiques simultanément. Si les résultats obtenus sur cette ligne satisfont aux conditions fixées dans le test (effectif minimum de ligne, proportions minimales sans nuitée...) les quatre éléments de la ligne intégreront ensemble, sans être dissociés, le référentiel. Ensuite, le référentiel peut être appliqué à l'activité médicale d'un établissement, d'une région, de la France entière... et tous les séjours qui correspondent sur les quatre points à la ligne de base sont considérés comme relevant a priori de la médecine ambulatoire, ils seront pris sur la base testée et intégreront le périmètre résultat.

Exemple 1 de test d'une ligne de base dans le programme médecine ambulatoire, hypothèses proportion sans nuitée > 39 % et proportion sans nuitée/TCD > 49 % et effectif >9

univers	racine	diagnostic principal	diagnostic relié	nb ambulatoire	nb très courte durée	nb courte durée	nb longs	proportion sans nuitée	proportion sans nuitée et très courte durée	total
médecine adultes	Explorations et surveillance (10M13)	Examen de contrôle ap. traitements (Z098)	diab. sucré type II non insulino. (E1196)	21 357	166	597	1 953	88,7%	89,4%	24 073

La ligne de base testée va intégrer le référentiel diagnostic car les trois conditions du test : effectif minimal, proportion sans nuitée, proportion sans nuitée/TCD sont satisfaites pour les seuils pris en exemple.

Exemple 2 de test d'une ligne de base dans le programme médecine ambulatoire, hypothèses proportion sans nuitée > 39 % et proportion sans nuitée/TCD > 49 % et effectif >9

univers	racine	diagnostic principal	diagnostic relié	nb ambulatoire	nb très courte durée	nb courte durée	nb longs	proportion sans nuitée	proportion sans nuitée et très courte durée	total
médecine adultes	Autre affection app. circul. (O5M12)	ajust. et entretien pompe à perf. Z651	Diab. sucré type I, sans complic. (E109)	2 725	107	889	2 812	42%	43%	6 533

La ligne de base testée ne va pas intégrer le référentiel diagnostic car l'une des trois conditions du test n'est pas remplie, pour les seuils pris en exemple, à savoir le taux sans nuitée et très courte durée qui n'est pas strictement supérieur à 49 %.

Rappel des conditions du scénario 3 :

- soit plus de 9 séjours et plus de 39 % sans nuitée et plus de 49% de une nuitée au plus,
- soit plus de 4 séjours et plus de 39 % sans nuitée et plus de 59 % de

Figure 2 : schéma descriptif des éléments testés pour constituer le référentiel médecine ambulatoire

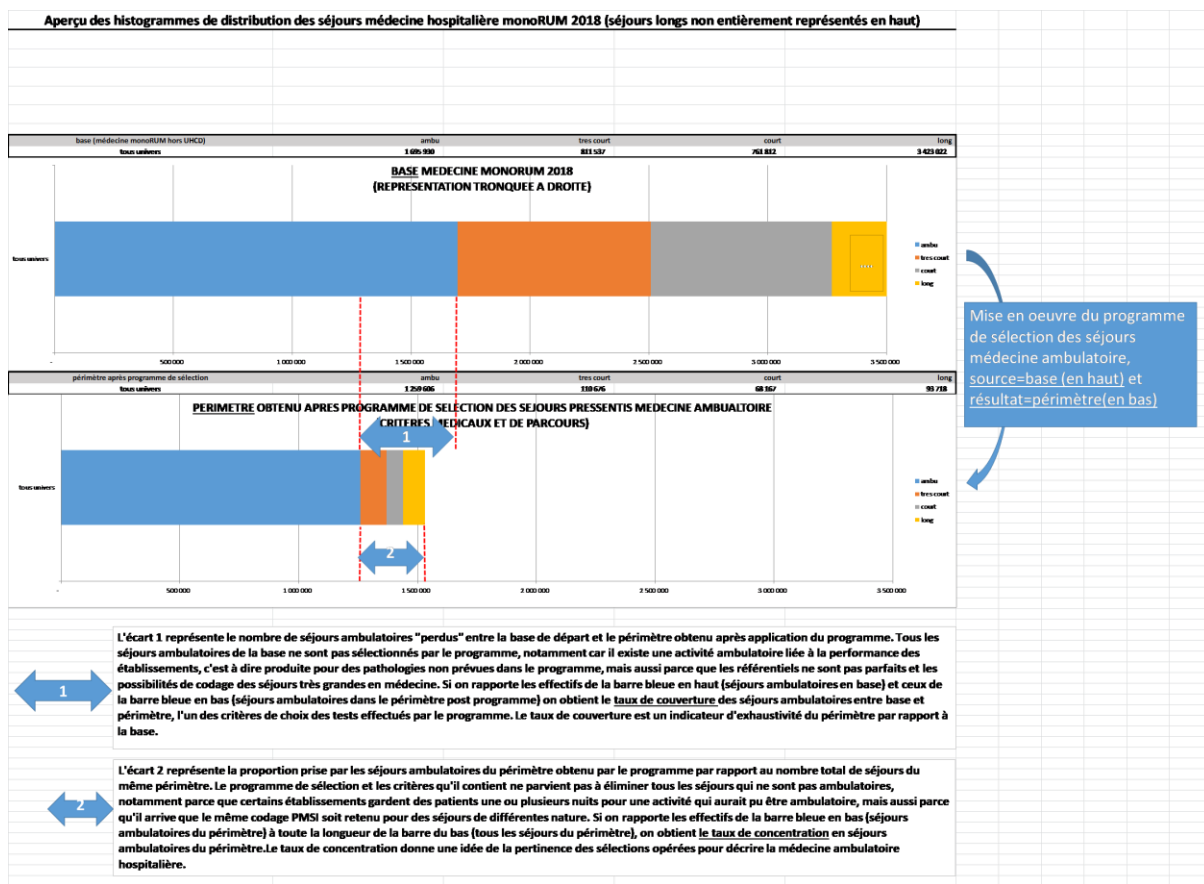


Figure 3 : illustration des taux de couverture et taux de concentration pour sélection des séjours ambulatoires

La mise en place de ces tests et le calcul des proportions sus-mentionnées a donné lieu à la fixation de règles d'effectifs minimums.

La seconde étape est constituée d'opérations effectuées sur les séjours issus de l'application du référentiel créé. Elles sont de trois ordres :

- aussi bien pour l'urgent que le non-urgent, certaines racines GHM ont été utilisées pour exclure les patients décédés à l'hôpital (04M24, 05M22, 15M03, 15M04, 01M36, 01M37), l'issue de ces séjours introduisant des incertitudes majeures quant à l'opportunité de leur durée,
- pour le non-urgent uniquement :
 - o l'exclusion des séjours concernant des patients dont le couple âge/polypathologie a montré une incompatibilité élevée avec le soin ambulatoire: L'analyse de la distribution de la part de séjours ambulatoires par classe d'âge sur l'ensemble du périmètre de la médecine ambulatoire en fonction du nombre et de la gravité des DA a permis d'exclure les patients pour lesquels l'association classe d'âge/nombre de DA/ gravité des DA faisait diminuer de manière très significative la part de séjours ambulatoires (tableau 1).
 - o l'exclusion de séjours placés dans un parcours de soin se prêtant peu à l'ambulatoire, souvent par changement de lieu d'hébergement avant et après l'hospitalisation. De la même manière, les patients dont les modes d'entrée et/ou

sortie ne correspondaient pas à ce que l'on pourrait attendre d'un séjour ambulatoire ont été exclus. Pour illustrer, les patients ayant en mode d'entrée domicile et en mode de sortie domicile relevaient bien *a priori* de séjours ambulatoires. Les critères d'inclusion de ces modes sont illustrés dans le tableau 2.

Ces opérations ont néanmoins eu un effet limité sur l'effectif de séjours supprimés.

Age	Nombre de DA	Niveau maximum du DA le plus lourd du séjour
Entre 0 et 5 ans	>6	=4
Entre 0 et 5 ans	>7	=3
Entre 6 et 10 ans	>6	>2
Entre 11 et 15 ans	>6	>2
Entre 21 et 50 ans	>6	>2
Entre 21 et 50 ans	>7	=2
Entre 51 et 55 ans	>5	>2
Entre 51 et 55 ans	>7	=2
Entre 56 et 60 ans	>4	>2
Entre 56 et 60 ans	>6	=2
Entre 61 et 65 ans	>4	>2
Entre 61 et 65 ans	>5	=2
Entre 66 et 70 ans	>4	>2
Entre 66 et 70 ans	>5	=2
Entre 71 et 75 ans	>4	>2
Entre 71 et 75 ans	>5	=2
Entre 76 et 80 ans	>3	=4
Entre 76 et 80 ans	>4	=3
Entre 76 et 80 ans	>5	=2
Entre 81 et 90 ans	>3	=4
Entre 81 et 90 ans	>4	=3
Entre 81 et 90 ans	>5	=2
91 ans et plus	>2	=4
91 ans et plus	>3	=3
91 ans et plus	>5	=2

Tableau 1 : tableau récapitulatif des critères permettant d'exclure sur l'association âge/polypathologie/gravité des pathologies (critères DA ATIH)

Mode entrée	Provenance	Mode sortie	Destination
8		8	
8		8	7
8		6	6
8		6	4
8		7	4
8	7	8	
8	7	8	7
8	5	8	
8	5	6	4
8	5	7	4
7	2	7	2
7	6	8	
7	6	6	6
7	6	7	6
7	3	7	3
7	4	7	4
6	2	6	2
6	6	6	6
6	3	6	3
6	4	6	4
	0		0

Tableau 2 : Description des critères d'inclusion des couples mode d'entrée/mode de sortie des patients (modes d'entrée et sortie définis dans le PMSI)

b) En second lieu, la méthodologie de traitement / groupage de l'information utilisée a été conçue pour présenter les séjours de médecine ambulatoire issus du référentiel.

Elle repose sur une recombinaison modérée des agrégats de la CIM-10, à des fins descriptives, par exemple, distinction de l'éthylisme ou de l'usage de drogues aigus de l'addictologie non aiguë, rassemblement en une entité « Alzheimer » unique des codes de maladie neurologique et des codes pour les démences qui sont liées à cette pathologie, ou encore « éclatement » du chapitre XXI de la CIM-10, car il s'agit d'un chapitre très large, en plusieurs agrégats, se prêtant à une meilleure description de l'activité : examens et dépistages, surveillance et observation, appareils-prothèses et implants, ...

Elle est également issue de travaux complémentaires, tels que la table des poids relatifs des univers médicaux utilisés selon les couples DP/DR étudiés, qui permettent de « sortir de l'énumération des pathologies » quand cela est nécessaire pour présenter des réalités hospitalières telles que « les séjours relevant le plus souvent de l'UHCD adultes » ou « les pathologies souvent pédiatriques ».

À noter que dans le premier cas l'agrégation se fait au niveau du chapitre recomposé, puis des sous-chapitres CIM-10, dans le second cas, l'agrégation se fait au niveau de l'entité elle-même (exemple : les séjours relevant souvent de l'UHCD adultes), avant d'être précisée au niveau du chapitre CIM-10 puis des sous-chapitres CIM-10.

Afin de ne pas produire des descriptions trop longues, les agrégats ayant des effectifs peu importants (moins de 5% pour chaque univers) n'ont pas été étudiés.

2) Étude des séjours identifiés « ambulatoires » sur la base PMSI 2018

- Une fois les modalités de sélection décrites ci-dessus validées sur le référentiel, elles ont été appliquées sur les séjours de l'année 2018.

La figure 3 présente l'ensemble des séjours sélectionnés et leur distribution hors UHCD et en UHCD.

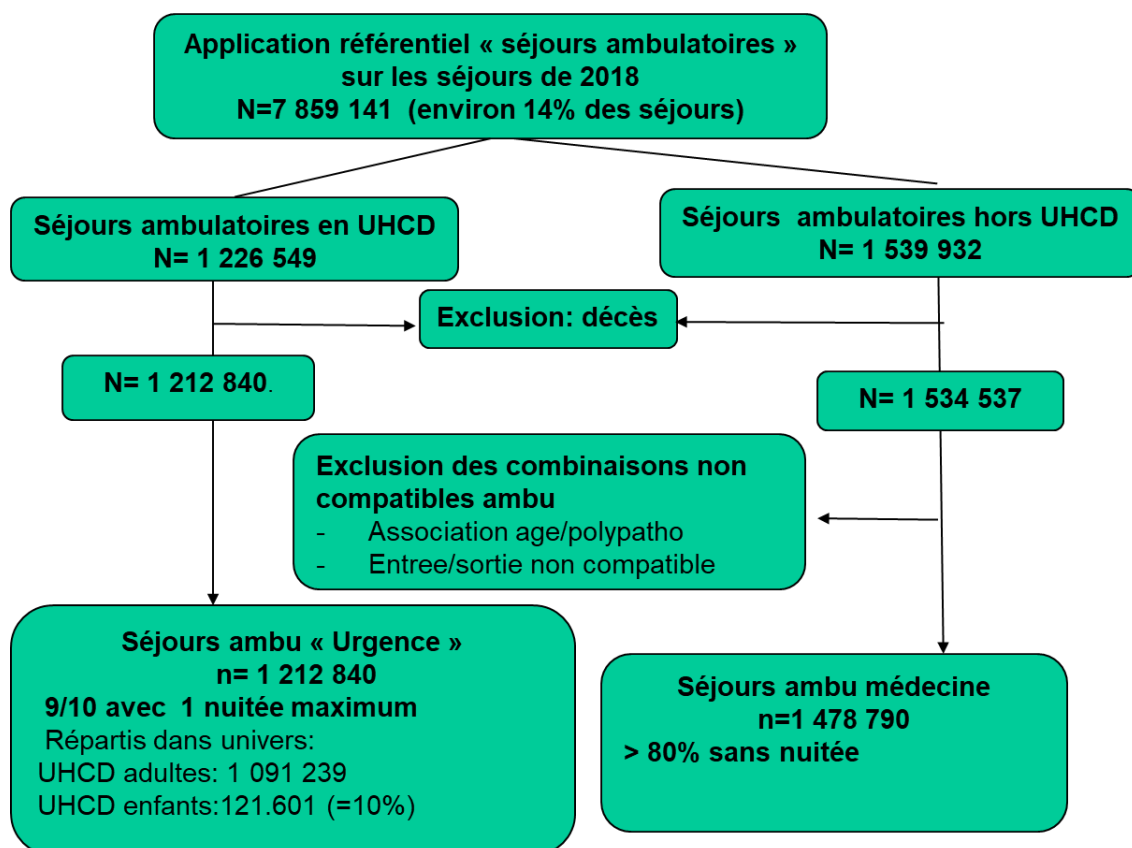


Figure 3 : Diagramme de sélection des séjours ambulatoires de l'année 2018.

- La méthodologie a été validée par l'ensemble du GT ainsi que par le commanditaire (DGOS) en date du 9 avril 2020.
- Un sous-groupe de travail spécifique regroupant des experts du PMSI, de la CNAM et des cliniciens spécialisés en médecine interne, médecine générale, gériatrie, pédiatrie, chirurgie et anesthésiste-réanimateur a été mis en place.
- Lors de 9 réunions, des analyses des résultats bruts par univers avec pour objectif la validation externe des observations issues de la sélection des séjours PMSI par les cliniciens ont été réalisées. Des analyses complémentaires (ex : tranche d'âge/ mode d'entrée, sortie, type d'établissement/modalité d'anesthésie) ont été demandées pour préciser certains constats. De ces travaux, ont émergé des constats sur le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière d'une part et des réflexions autour d'éléments discordants avec un parcours de soin recommandé ou habituellement observé.
- Les analyses et constats ont ensuite été validés par l'ensemble du GT virage ambulatoire.

- L'ensemble du GT PMSI a proposé des recommandations à partir des constats, et ceux-ci ont été validés par l'ensemble du GT Virage ambulatoire.

3. Résultats / Discussion

Au total les séjours hospitaliers étiquetés « médecine ambulatoire » représentaient 2 691 630 séjours en 2018.

Les tableaux 3 et 4 décrivent pour chaque univers, le nombre de séjours, les caractéristiques de ces séjours en termes de nombre de nuitées, de diagnostics associés et les éléments remarquables soulignés par les cliniciens.

Au global, nous retiendrons que :

- Plus de 80% des séjours ont été faits sans nuitée
- Près de la moitié (45%) des séjours relèvent des UHCD
- Deux univers de chirurgie (adultes et enfants) apparaissent dans cette analyse, les séjours avec actes classants ayant été exclus. Ils représentent 7,8% des séjours étiquetés « médecine ambulatoire ». Il s'agit bien de patients pris en charge pour des pathologies relevant de prises en charge médicales mais placés dans des services de chirurgie.
- En gynécologie, près de trois-quarts des séjours le sont pour prise en charge d'IVG médicamenteuse.
- Le PMSI psychiatrie ayant été exclu du périmètre, aucun univers psychiatrie n'est identifié spécifiquement. Néanmoins un nombre important de séjours pour motifs psychiatriques sont distribués dans les différents univers :
 - Pour les adultes, ces séjours sont essentiellement en UHCD et pour les personnes les plus âgées une part de 20% environ des prises en charges le sont pour motifs psychiatriques. Une part moins conséquente se retrouve dans les univers « médecine adulte » et « douleur chronique ». A noter que plus de 2 500 séjours relèvent aussi de diagnostics psychiatriques en chirurgie adulte.
 - Pour les enfants, une fois encore, la majorité se retrouve en UHCD mais une partie des séjours pour ces motifs se retrouvent en « chirurgie enfant » et en « médecine enfant ».
- Près de 20% (18,5%) des séjours en « chirurgie adulte » relèvent de prises en charge médicales exclusives. Cet environnement semble inapproprié à de telles prises en charge.
- Même constat dans l'univers « chirurgie enfant » où une partie des séjours relève de prises en charge exclusivement médicales.

Univers	Nombre de séjours	Profil des séjours	[1] Diagnostics associés	Eléments remarquables
Médecine adulte	719 177	82% sans nuitée 5,1% 1 nuitée 12,9% >1 nuitée	Près de la moitié des séjours sont liés aux diagnostics suivants, avec par ordre décroissant : 1. Diabète y compris gestationnel (n=75 699) avec surtout examen de contrôle 2. Obésité, surpoids (n=50 022) avec examen de contrôle après traitement et suivi/conseils 3. Greffes (n= 38 218, 60% rénale) dont traitement prophylactique 4. Ascite (n=37 975) 5. Douleur chronique irréductible (n= 36 089) 6. Cancérologie (n=30 384) dont hors hématologie (n=18 690), essentiellement bilan après traitement et tumeurs malignes primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés (n=11 694) 7. Troubles mentaux organiques (n=25 159) 8. Prise en charge de l'alcoolisme (hors aigu, n=24172 dont 33% de troubles mentaux et du comportement) 9. VIH (n=14 361) essentiellement bilan post traitement 10. Maladie rénale chronique (n=13 421) essentiellement bilan après traitement et greffe 11. Sclérose en plaques (SEP) (n=11 463) 12. Troubles immunitaires (n=10 454) essentiellement traitement prophylactique 13. Troubles de l'alimentation (n=9 437) majoritairement suivi après traitement	Les séjours 1 nuitée ou plus concernent particulièrement : - Bilan de traitement/exploration/ajustement et entretien de prothèse : diabète et Parkinson - Exploration de douleurs - Examen et mise en observation pour affection respiratoire (surveillance nocturne apnée du sommeil) - Soins impliquant rééducation dans un contexte d'exogénose

			14. Douleurs thoraciques (n=9 780) 15. Insuffisance respiratoire (n=7 424), majoritairement examen de contrôle après traitement 16. Maladie du neurone moteur (n=7 346) majoritairement examen de contrôle après traitement	
Chirurgie adulte	181 072	74,9% sans nuitée 13,2% 1 nuitée 11,9% >1 nuitée	Près de la moitié des séjours sont liées aux diagnostics suivants avec par ordre décroissant : 1. Affections cavité buccale et dents (n=19 564) 2. Autres maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs de siège imprécis ou diffus (n=16 512) essentiellement des anémies 3. Autres affections reins, voies urinaires (n=15 658) avec surtout ajustement d'appareil, prothèse, surveillance stomie 4. Signes et symptômes (n=12 016) avec essentiellement bilan préopératoire 5. Pathologies ORL et stomatologiques autres (n=9 673) avec fracture fermée os du nez, polype nasal, ... 6. Douleurs chroniques (n=9 295) 7. Maladies osseuses et arthropathies (n=8 551), essentiellement dorsalgies, spondylopathies, spondylarthrose	Identification de séjours ne relevant pas <i>a priori</i> d'un environnement chirurgical Ex : névroses, psychoses et autres troubles mentaux, n=2 596 Ex2 : allergologie, n=1 183 Ex3 : toxicomanie, dépendance, n=566
Gynécologie	145 558	86,4% sans nuitée 7,1% 1 nuitée 6,5% > 1 nuitée	- Près de 3/4 (73%) des séjours sont liés à des IVG médicamenteuses - Près d'1/4 (22,4%) des séjours sont liés à des surveillances de grossesse à risque ou diagnostic prénatal ou diabète préexistant ou au cours de la grossesse ou anémies ou naissance par siège ou col béant ou grossesse prolongée ou autres soins maternels	

Médecine enfant	136 103 (hors données PMSI psy)	88,2% sans nuitée 6% 1 nuitée 5,8% > 1 nuitée	Une majorité des séjours sont liés par ordre décroissant : 1. Endocrinologie, métabolique (diabète, obésité, retard du développement physiologique, puberté précoce, ...) (n=22 893) 2. « Désensibilisation allergènes » (n=16 343) 3. Maladies et troubles mentaux (anorexie mentale, troubles du développement + troubles du neurodéveloppement) n=15 119 4. Affections du système nerveux (avec épilepsie) (n=13 441) 5. Affections respiratoires (fibrose kystique, n=8 443)	- Certains séjours relèvent de situations « non programmées », (ex laryngite, traumatismes crâniens, brûlures, érosions), témoins d'admission directe dans les services. Quelques séjours liés à des problèmes dentaires (caries n=569)
Oncologie	95 572 (hors séances)	89,5% sans nuitée 4,2% 1 nuitée 6,3%>1 nuitée	L'essentiel des séjours est lié à des maladies en onco-hématologie (leucémies, lymphomes, myélodysplasie, ...) avec surtout des explorations, surveillances ou thérapeutiques (ex: bilan avant greffe/préopératoire, ...).	- Les séjours ont surtout lieu en CHU ou dans les grands centres de cancérologie - 2 situations cliniques (environ n=5 000) retrouvées dans d'autres univers : - Douleurs (essentiellement neuropathiques) - Ajustement de dispositifs et implants (essentiellement dispositif d'accès vasculaire)

Médecine personnes âgées	87 718	88% sans nuitée 3,3% 1 nuitée 8,7% >1 nuitée	Un peu moins de la moitié (41,5 %) relèvent d'explorations et de surveillances avec par ordre décroissant : 1. maladies et troubles mentaux (MAMA : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, dépression, ...) 2. affections de l'appareil circulatoire (pathologie cardiaque, hypertension artérielle) 3. affections de la peau (mélanome, ulcères) - voie urinaire, rein - appareil musculo-squelettique Les autres séjours correspondent <i>a priori</i> à des prises en charge thérapeutiques programmées ou non avec près de 50% liées à des troubles cognitifs/démences.	Étonnamment motif exploration chutes/troubles de la marche non visible et place importante de la psychiatrie
Douleur chronique	38 314	83,6% sans nuitée 2,6% 1 nuitée 13,8% >1 nuitée	Près de 90% des séjours ont pour DP des douleurs avec près de 45% de douleurs neuropathiques.	4% troubles mentaux hors addictologie et Alzheimer (dépression, affections bipolaires, schizophrénie)
Addictologie	35 102	88,6% sans nuitée 0,3% 1 nuitée 11,1% >1 nuitée	Plus de 80% des séjours correspondent à des prises en charge en « addictologie hors aiguë » (dépendance à l'alcool et autres, troubles du comportements liés aux substances psychoactives, sevrage alcoolique, rééducation après abus médicament, conseils et surveillance dans le cadre d'une dépendance à l'alcool, toxicomanie ou pharmacodépendance)	Près de 9% des séjours sont liés à des troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie).

Chirurgie enfant	29 023 2,4% <3 mois, 15,6% 3 mois-2 ans et 82% 2 ans-15 ans	90% sans nuitée 5,9% 1 nuitée 4,1% >1 nuitée	Près des trois quarts des séjours sont liés par ordre décroissant à : 1. des pathologies dentaires, gencives et parodontite (n=11 470) 2. des malformations congénitales (digestives, œil, oreille, cou) et maladies de la cavité buccale (n=3 940) 3. des lésions traumatiques de la tête, brûlures et corrosions, corps étranger, gelures (n=2 333) 4. des explorations et surveillance pour affections de l'œil, appareil respiratoire (fibrose kystique), du système nerveux, ORL, endocriniennes et métaboliques (n=1 959) 5. des soins relatifs à des prothèses, dispositifs, implants (orthopédiques, urinaires, vasculaires), n=1 273	Identification de séjours ne relevant pas <i>a priori</i> d'un environnement chirurgical: Ex : explorations et surveillance des affections respiratoires, endocriniennes et métaboliques Ex : troubles mentaux notamment du développement psychique (n=733) Ex : désensibilisation aux allergènes (n=297)
-------------------------	--	--	---	--

Tableau 3 : synthèse des observations faites sur les séjours de médecine ambulatoire hors UHCD

Principaux diagnostics et éléments remarquables dans les univers UHCD

Univers	Nombre de séjours	Profil des séjours	[3] Diagnostics associés	Éléments remarquables
UHCD adulte	1 091 239 20,5% de 80 ans et plus	> 95% des séjours sont sans ou max 1 nuitée: 41,6% sans nuitée 53,7% 1 nuitée 4,7% >1 nuitée	Les séjours sont liés par ordre décroissant à : - des maladies spécifiques (40,5%) avec par ordre décroissant cardiovasculaire : 60 163 séjours (dont insuffisance cardiaque 16 728, infarctus du myocarde 9 923, fibrillation et flutter 7 690) digestif : 57 795 séjours (dont constipations et diarrhées 10 459, gastroentérite colite 8 331, occlusions et obstructions intestinales 6 517) uro-néphro-génital : 55 918 séjours (dont colique néphrétique 20 575, néphrite tubulo-interstitielle aiguë 9 410, calculs (reins, uretère, ...) 6 894) respiratoire : 53 097 séjours (dont pneumopathies à microorganisme 16 828, bronchite aiguë 6 166, maladie pulmonaire obstructive chronique 7 138,) neurologie/rhumatologie : 44 372 séjours (dont épilepsie 16 166, AIC 8 439, infarctus cérébral 6 317) hématologie : 16 964 séjours (dont anémies autres 5 453, anémies par carence en fer 5 743, affections drépanocytaires 3 005) endocrinologie : 16 375 séjours (dont déséquilibres hydro-électro et acido-basiques 7 165, hypovolémie 3 049, diabète sucré 3 941) - des symptômes (29%) avec par ordre décroissant:	Parcours infarctus et neurovasculaire atypiques (hors filière spécifique): Plusieurs séjours en lien avec IDM (n=9 924) d'une part et AIT, infarctus cérébral, AVC (n=8 439+6 317+1 893 soit 16 649) d'autre part le plus souvent sans nuitée (78% IDM/45% neurovasculaire) avec transfert secondaire vers une unité MCO d'un autre établissement (91% IDM/45% neurovasculaire). Ces séjours concernent des personnes de 80 ans et plus dans 25% des IDM et 35% des pathologies neurovasculaires.

			- Douleurs : 174 637 séjours (dont thorax 76 637, abdomino-pelvienne 56 257, dorsalgies 18 617, céphalées 15 100). - Symptômes et signes généraux : 66 627 séjours (dont malaise, fatigue 31 038, syncope et collapsus 18 027, convulsions 6 126, fièvre 5 248). - Respiratoires et circulatoires : 28 564 séjours (dont anomalies 15 240, hémorragies des voies respiratoires 6 171, anomalies du rythme cardiaque 5 545). - Connaissance, perception et humeur : 25 984 (dont troubles de l'humeur 8 434, désorientation et amnésie 7 541, étourdissement 3 923, somnolence 2 480, troubles du langage 1 624). - Système nerveux et ostéoarticulaire : 11 105 (dont autres signes 7 369, anomalies de la démarche 3 165). - Appareil urinaire : 10 865 (dont rétention d'urine 5 916, hématurie 3 800). - Appareil digestif et abdomen : 8 720 (dont nausées 6 137, ascite 1 100, dysphagie 881). - Allergies : 6 369 3. des troubles mentaux/addictions et intoxications (18%) avec par ordre décroissant: - Troubles addictifs (aspects aigus le plus souvent) 89 745 (dont éthylisme aigu 78 435, éthylisme avec dépendance 5 942, drogues hors alcool 3 304, troubles mentaux liés à l'alcool 1 487). - Troubles mentaux hors addictifs : 48 666	
--	--	--	--	--

			- Troubles névrotiques et de l'humeur : 30 742 (dont névrose dépressive 12 947, troubles anxieux 11 218, troubles bipolaires 2 020) - Troubles psychotiques : 9 894 (dont schizophrénie 2 370, troubles délirants 3 640, troubles psychotiques aigus 1 897) - Autres troubles, hors déficience mentale : 8 030 (dont troubles du comportement 3 789, démence 1 295, troubles liés à une affection ou à une lésion 1 170) - Intoxications médicamenteuses : 45 408 4. des traumatismes (12,5%) avec par ordre décroissant : - Traumatismes crâniens et plaies de la tête : 69 363 - Plaies et traumatismes épaule/bras/avant-bras/main : 18 681 - Plaies et traumatismes lombes/bassin/hanches : 10 069. - Lésions traumatiques du thorax : 8 940. - Plaies et traumatismes cou/rachis : 7 628. - Plaies et traumatismes jambes/cheville/genou/pied : 7 554	
UHCD enfants	121 601	97,5% des séjours sont sans nuitée: 49,9% sans nuitée	Les séjours sont liés par ordre décroissant à : 1. des maladies spécifiques (54%) avec par ordre décroissant - Digestif: 20 448 séjours (dont gastroentérites et colites infectieuses 12 593, infections virales et intestinales autres 2 827, lymphadénites non spécifiques 1 212)	

		47,6% 1 nuitée 2,4% >1 nuitée	- Pneumologie : 19 094 séjours (dont asthme 10 262 et état de mal asthmatique 714, bronchiolite aiguë 5 064, pneumopathie à microorganisme non précisé, bactériennes ou virales 1 508, grippe saisonnière ou virus identifié ou non 916) - ORL, stomatologie : 6 998 séjours (dont laryngite et trachéite aiguës 2 148, pharyngite aiguë 987, otite moyenne suppurée ou non 830) - Système nerveux : 5 548 séjours (dont épilepsie 1 227, migraine 634, méningite virale 418) - Uro-néphro-génital : 2 938 séjours (dont néphrite tubulo-interstitielle aiguë 2 148, néphrite tubulo-interstitielle chronique 196, cystite 161) - Endocrinologie : 1 493 séjours (dont problème alimentaire du nourrisson 544, hypovolémie 508, diabète sucré de type I 273) - Hématologie : 1 236 séjours (dont affection à hématies falciformes 699, purpura et autres affections hématologiques 537). - Maladies infectieuses : 1 019 séjours (dont infection virale 598, maladies infectieuses autres 133, autres lésions virales avec lésions cutanées muqueuses 102) 2. des symptômes (23%) avec par ordre décroissant: - Symptômes et signes généraux : 11 844 séjours (dont : fièvre 4 863, convulsions 3 666, malaise et fatigue 1 409, syncope et collapsus 911) - Douleurs : 7 018 séjours (dont abdomino-pelvienne 4 782, céphalées 1 057, thorax 576) - Appareil digestif et abdomen : 4 256 séjours, nausées et vomissements.	
--	--	--	--	--

			- Allergies : 1 252. - Appareil respiratoire et circulatoire : 1 217 séjours (dont dyspnée 575, toux 384, hémorragies des voies respiratoires 156, anomalies du rythme cardiaque 102). - Observations 1 013 séjours 3. des traumatismes (18%) avec par ordre décroissant : - Traumatismes crâniens et plaies de la tête : 15 424. - Traumatismes épaule / bras / avant-bras / poignet / mains : 3 211. - Traumatismes jambes/genou/cheville/pieds : 728 - Traumatismes lombaires/bassin/hanches/abdominal : 623. 4. des troubles mentaux/addictions et intoxications (5%) avec par ordre décroissant : - Troubles psychiques : 1 608 avec 1 010, agitation et tristesse, épisodes dépressifs et troubles de l'humeur : 278, troubles névrotiques et liés au stress : 320 - Intoxications médicamenteuses : 1 539 - Troubles addictifs : 605 séjours, éthylisme aigu - Intoxications au gaz : 529 - Brûlures et corrosions : 394 - Troubles du développement psychologique, du comportement, et émotionnels : 391 séjours (dont troubles des conduites 249 et autres troubles du comportement 142)	
--	--	--	--	--

Tableau 4 : synthèse des observations faites sur les séjours de médecine ambulatoire en UHCD

Cette étude est la première à porter sur la médecine ambulatoire hospitalière en la définissant par rapport à des situations diagnostiques et des lieux hospitaliers de soins et non par la simple durée de séjour < 24 h ou sans nuitée. Ceci permet une approche plus médicale et permet de définir “une potentialité” en termes de médecine ambulatoire au travers des séjours “marqués ambulatoires” et d’une durée supérieure à 24 h.

Ces choix arrêtés, la mise en œuvre des méthodologies, aussi bien celle pour constituer le référentiel diagnostique de sélection des séjours, que celle pour restituer l’information une fois le périmètre de la médecine ambulatoire obtenu à partir de ce référentiel, a mis à jour un certain nombre de points d’attention. Il s’agit de :

- la place très importante des urgences, du non programmé, dans ce sujet, qui impose à la fois de mener une réflexion qui prend en compte le lieu des soins et aussi de s’éloigner d’une exigence trop stricte d’ambulatoire pour ouvrir sur une attente plus large : ambulatoire ou très courte durée, d’autant que pour mémoire le PMSI ne compte que des présences de patients à minuit et non un nombre d’heures effectif de présence,
- la place de l’hébergement inopportun, dans les séjours issus du référentiel, qui correspond aux nuitées à priori non justifiées au regard des diagnostics des séjours et des pratiques majoritaires dans ces situations,
- la question sous-jacente, et omniprésente, de la pertinence du séjour hospitalier par rapport à la prise en charge en ville, qui nécessiterait bien souvent des investigations complémentaires, mais qui ne peut se poser que dans un second temps, temps qui ne se confond pas avec celui du présent travail de description du périmètre.

Les résultats suggèrent que les séjours en médecine ambulatoire hospitalière correspondent à six grands types de parcours. Les situations médicales les plus fréquemment représentées dans chacun de ces parcours ont pu être décrites. En revanche il n’a pas été possible avec les données disponibles de connaître l’environnement exact dans lesquels ont été effectués ces séjours (par exemple, le GT n’est pas en mesure de préciser si le séjour a eu lieu dans un environnement de type hôpital de jour ou s’il s’agissait d’un “séjour forain” dans une unité médicale ou encore - pour les séjours “médicaux” effectués en chirurgie si ceux-ci ont eu lieu dans une unité dédiée chirurgie ambulatoire ou non. De même, nous n’avons pas pu caractériser les profils des patients autres que sur les données de codage diagnostique donc pas pu identifier par exemple les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique et/ou en situation de handicap, d’autant plus que les analyses ont été faites de manière agrégée et les différentes tables du SNDS non utilisées pour croiser les variables.

1) Le parcours « anesthésie ambulatoire programmée »

Ce parcours correspond à des soins sans acte chirurgical classant pour lesquels une anesthésie locorégionale ou générale est nécessaire.

Les pathologies de la cavité buccale sont le motif principal de recours à ce type de parcours aussi bien chez les adultes que les enfants. Ces pathologies de la cavité buccale peuvent en effet nécessiter le recours à une anesthésie générale chez des personnes en situation de handicap et/ou si les lésions sont très évoluées ou multiples (ex : caries multiples) en particulier chez des enfants.

Bien qu’il n’y ait pas d’acte classant chirurgical, ce type de parcours nécessite un environnement de type unité de chirurgie ambulatoire afin d’offrir les garanties de sécurité spécifiques à l’anesthésie (cf. chapitre chirurgie ambulatoire).

2) Le parcours « péri-opératoire ambulatoire programmé »

Ce parcours correspond à des explorations, des surveillances et/ ou des soins programmés en pré ou postopératoire.

Ces séjours ambulatoires médicaux effectués en chirurgie concernent, pour les adultes comme pour les enfants, les bilans préopératoires ainsi que des surveillances, des soins et des ajustements de dispositifs médicaux (prothèses, stomies, etc.).

Ce type de prise en charge nécessitant une organisation spécifique en termes de planification, programmation et de coordination, ces séjours devraient idéalement avoir lieu dans un environnement de type HDJ ou consultation externe pour les bilans les moins lourds, et en fonction de la capacité des patients à utiliser le système de santé. Il est en effet parfois préférable d'organiser un HDJ plutôt que des bilans en consultation pour les patients les moins acculturés à l'utilisation du système de soins ou les moins intégrés aux parcours. Ce point souligne l'intérêt d'un dépistage de la vulnérabilité des patients pour l'amont et l'aval de ce type de prise en charge.

3) Le parcours « médical ambulatoire programmé »

Ce parcours correspond à des explorations diagnostiques et/ou des prises en charge thérapeutiques de courte durée et/ou des surveillances pour des problématiques médicales.

Quel que soit l'âge, le diabète et l'obésité sont l'un des principaux motifs de recours à ce type de séjour, tout comme les troubles psychiques et mentaux avec des étiologies variant en fonction de l'âge :

- chez l'adulte les troubles mentaux en lien avec l'alcoolisme
- chez les personnes âgées en lien avec les maladies neurodégénératives
- chez les enfants en lien avec les troubles du comportement alimentaire et du développement.

Il est intéressant de noter que les pathologies cardiovasculaires, si elles ne sont pas associées au diabète ou à l'obésité, ne sont que très faiblement représentées dans ce parcours médical ambulatoire hospitalier alors qu'elles sont fortement prévalentes.

Chez l'adulte, les motifs de ces séjours sont aussi fréquemment reliés aux douleurs en particulier neuropathiques et à la cancérologie.

Chez l'enfant, les problématiques d'allergie et de désensibilisation aux allergènes sont aussi un motif majeur de recours à ce type de séjour.

Comme pour le parcours précédent, ces séjours relèvent d'un environnement de type HDJ du fait de l'organisation spécifique que nécessite ce type de prise en charge.

4) Le parcours « traumatologie »

Ce parcours correspond à des situations non programmées traumatiques ne nécessitant pas d'actes chirurgicaux classants mais requérant une surveillance de courte durée.

Chez les adultes comme les enfants, il s'agit surtout de traumatismes crâniens, de la face et des membres.

La surveillance dans ces situations se justifie le plus souvent pour détecter une aggravation qui nécessiterait une intervention chirurgicale, ainsi l'environnement adéquat pour ce type de séjours serait l'UHCD ou une unité de chirurgie. À noter que si ce temps de surveillance se comprend aisément pour les traumatismes crâniens et de la face, il est moins évident pour les traumatismes des membres. L'hospitalisation de courte durée dans ces situations -plutôt qu'un simple passage

aux urgences- pourrait se justifier par exemple par la difficulté à adapter un traitement antalgique et/ou par la nécessité de mise en place d'aide avant le retour à domicile.

Le parcours « médecine aiguë »

Ce parcours correspond à des situations médicales aiguës donc non programmées qui justifient une hospitalisation de courte durée pour des explorations et/ou une surveillance rapprochée.

Chez l'adulte, les troubles addictifs et mentaux sont les principaux motifs de recours alors que ce sont les infections chez les enfants.

Les explorations se justifient souvent pour établir le diagnostic précis et/ou sa gravité et la surveillance pour s'assurer de la stabilité clinique (absence de risque de décompensation / aggravation qui justifierait une hospitalisation plus longue). Ainsi l'environnement adéquat pour ce type de parcours serait l'UHCD ou encore un service de médecine de spécialité (par exemple admission directe en pédiatrie) sous réserve d'avoir la possibilité d'un accès rapide au plateau technique en cas de besoin.

6) Le parcours gynécologie

Ce parcours correspond essentiellement à des situations nécessitant une surveillance rapprochée de courte durée.

Les motifs principaux sont les IVG médicamenteuses et des grossesses à risque nécessitant surveillance et/ou explorations complémentaires. En effet, il peut paraître étonnant au vu de la part grandissante d'IVG médicamenteuses réalisées en ville de voir la part importante de ces actes en établissement de santé: plusieurs explications inhérentes à la gestion des risques renforcent l'intérêt d'un maintien de ces actes en établissements: Les conditions de réalisation sécurisée de ces IVG sont en effet strictes et parfaitement cadrées, si bien que les femmes socialement isolées, à risque de complications hémorragiques ou simplement ne pouvant être accompagnées les jours de la prise des comprimés et les suivants ne peuvent bénéficier d'une IVG médicamenteuse en ville. Il faut aussi envisager les situations où la réalisation de l'IVG médicamenteuse au domicile est inenvisageable (patiente mineure et parents non informés etc...). Les établissements restent pour ces situations de contre-indication médicale ou psycho-sociale l'environnement le plus sécurisé pour la réalisation de ce type d'IVG.

L'IVG médicamenteuse reste cependant un modèle de virage ambulatoire parfaitement réussi.

L'environnement idéal pour ce type de séjour est donc bien l'unité de gynécologie.

En dehors de ces parcours qui permettent de mieux cerner le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière, plusieurs de ces résultats interrogent :

- les séjours "marqués ambulatoires" qui ont des durées > 1 nuitée. Si en UHCD il est possible d'avoir un séjour avec une nuitée dans la base alors même qu'il n'a duré que quelques heures (il suffit de "passer minuit" pour avoir un séjour avec une nuitée dans la base), il existe dans chaque univers des séjours dont les caractéristiques (couplage GHM/DP et DR) répondent à des critères de séjours ambulatoires mais qui ont donné lieu à des séjours de 3 ou plus de 3 jours. Ces séjours > 1 nuitée dépassent les 10% des séjours "marqués ambulatoires" dans les univers de médecine et chirurgie adulte, addictologie et douleurs.
- Les séjours de médecine ambulatoire ne relevant pas a priori d'un univers chirurgical tels les séjours pour troubles mentaux pour des allergies ou des addictions.

- Des séjours en UHCD pour des problèmes neuro-cardiovasculaires témoins de parcours atypiques (hors filière spécifique). Ces séjours (>25 000) sont caractérisés par une admission en UHCD le plus souvent sans nuitée avec un transfert ensuite vers une unité MCO d'un autre établissement.

Ces trois types de séjours mériteraient d'être étudiés plus finement afin de comprendre si ces apparentes atypies sont liées à des biais de codages, des spécificités / caractéristiques liées aux patients et/ou des témoins de problèmes organisationnels et/ou d'offre de soins avec alors une problématique de pertinence de parcours.

Il ressort de ce travail que l'exploration du PMSI et les résultats obtenus reflètent bien d'une certaine manière la réalité de terrain du point de vue des cliniciens ayant réalisé les analyses. Néanmoins, cette base de données reste une base médico-administrative et plusieurs difficultés ne peuvent être levées sans *a minima* des analyses approfondies des habitudes de codage (biais d'opportunité, erreur de codage, codage incomplet car DA n'apportant aucun financement, ...) et certaines observations mériteraient d'être complétées par des données cliniques (Entrepôt des Données de Santé EDS, retours aux dossiers, ...). Il faut donc rester prudent sur l'interprétation des résultats non analysés spécifiquement mais présentés dans les tableaux. Il est ici pertinent de confirmer l'intérêt du regard "métier" (au sens clinicien) pour l'interprétation de telles exploitations et de ne pas penser que ces bases ont à elles seules les réponses aux questions de santé populationnelle.

Préconisation n°9 : Saisir l'opportunité de la transition de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version) vers la CIM-11 pour mettre en œuvre une base de codage des diagnostics en ville afin de décrire les prises en charge et mettre en œuvre la feuille de route du Système National des Données de Santé (chainage des bases).

Aujourd'hui, seul le périmètre de la médecine ambulatoire hospitalière peut être étudié finement puisque c'est le seul domaine de la médecine ambulatoire bénéficiant d'une base de codage exhaustive des diagnostics et des actes.

Pour avoir une visibilité de l'ensemble du périmètre de la médecine ambulatoire, il est nécessaire de décrire précisément les parcours Ville/Hôpital et la complémentarité (ou non) de l'offre en médecine ambulatoire, et de développer une base de codage des diagnostics en ville.

La CIM-11 est un outil qui sera mis à disposition sous forme d'API utilisable dans les logiciels métiers y compris en ville et associera des outils de TAL (Traitement Automatique des Langues) qui faciliteront les recueils diagnostics et les transposeront en code CIM. Son arrivée, prévue entre 2022 et 2027, pourrait donc permettre d'élargir le recueil des diagnostics à la Ville et le codage des inférences causales : l'OMS prévoit un outil de codage interopérable avec les logiciels métiers.

Les nouvelles missions de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), reprenant la direction du Centre Collaborateur OMS (CCOMS) sur les classifications en santé, permettent d'envisager une transition pour l'ensemble des codes. La faisabilité fonctionnelle et technique n'étant plus un frein, il convient d'utiliser les outils mis en place pour recueillir ces éléments de codage et parvenir à décrire la médecine ambulatoire d'une manière exhaustive et proche du terrain.

Préconisation n°10 : Réaliser des travaux complémentaires (par exemple *via* les Instances Régionales d'Amélioration de la Pertinence des Soins - IRAPS) d'analyse des séjours hospitaliers «marqués médecine ambulatoire» réalisés dans un environnement chirurgical, les séjours « longs » et les parcours atypiques « Infarctus du myocarde/neurovasculaire ».

Les travaux du groupe de travail du HCSP effectués sur le périmètre de la médecine ambulatoire via le PMSI sont les premiers à n'avoir pas défini le caractère ambulatoire sur l'absence de nuitée mais à travers un référentiel statistique combinant des univers de production de soins, des racines de GHM et des diagnostics principaux et reliés. Cette approche nouvelle permet de détecter la « potentialité » ambulatoire de certains séjours de médecine hospitalière. Plusieurs atypies de parcours en médecine ambulatoire méritent de faire l'objet de travaux complémentaires :

- Des séjours « marqués ambulatoires » avec des durées supérieures à 24 h (parfois plus de 3 jours)
- Des séjours ambulatoires liés à des diagnostics principaux d'infarctus du myocarde ou neurovasculaires (accident vasculaire cérébral : AVC, accident ischémique transitoire : AIT) faisant l'objet d'un séjour en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) avant transfert dans un autre établissement
- Des séjours liés à des diagnostics médicaux réalisés dans un environnement chirurgical

Préconisation n°11 : S'assurer de la bonne adéquation entre les parcours en médecine ambulatoire hospitalière et leurs environnements :

- En développant et systématisant le codage de l'environnement pour les séjours ambulatoires (unité de chirurgie ambulatoire : UCA, hôpital de jour : HDJ, unité médecine, ...)
- En élaborant des référentiels par spécialité médicale et type de prise en charge définissant le niveau de soin requis et les critères de qualité de l'environnement pour ces soins.

Les travaux du HCSP effectués ont permis de repérer différentes typologies de parcours en médecine ambulatoire hospitalière :

- Parcours 1 : parcours « anesthésie ambulatoire programmée » pour un acte médical
- Parcours 2 : parcours « péri-opératoire ambulatoire programmé »
- Parcours 3 : parcours « médical ambulatoire programmé »
- Parcours 3 : parcours « traumatologie »
- Parcours 4 : parcours « médecine aiguë »
- Parcours 5 : parcours « gynécologie-obstétrique »

Il n'a pas été possible de s'assurer que ces parcours étaient réalisés dans l'environnement adéquat pour deux raisons :

- le codage de l'environnement des séjours n'est pas directement accessible et manque de fiabilité dans le PMSI. Par exemple, on ne peut pas dire le pourcentage de séjours relevant du parcours "anesthésie ambulatoire programmée" réalisés dans une UCA
- le niveau de soins requis et les critères de qualité de l'environnement pour ces soins ne figure pas dans un référentiel par spécialité et type de prise en charge

II. Constats sur le virage ambulatoire en médecine et expériences inspirantes

- Que peut-on appeler le « virage ambulatoire » en médecine ?

Le terme « virage » suppose une modification et donc ici une modification des modalités de prise en charge des patients et de manière parallèle une évolution des pratiques professionnelles. Le terme « ambulatoire » suppose que cette modification concerne l'unité de temps et/ou de lieu.

Plus précisément, il pourrait s'agir :

- Du transfert d'une prise en charge médicale en hospitalisation conventionnelle vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpital de jour, consultations)
- Du transfert d'une prise en charge médicale de l'hôpital vers la ville
 - o soit partiel : la prise en charge effectuée antérieurement à l'hôpital est raccourcie
 - o soit total : toute la prise en charge effectuée antérieurement à l'hôpital est réalisée en ville

Cette notion de « virage ambulatoire » en médecine comprend également le transfert d'une activité ambulatoire hospitalière vers la ville comme ceci est souligné par le ministère en charge de la santé : *« certaines activités réalisées en hôpital de jour sans nécessité ou réel bénéfice pour les patients peuvent être remplacées par des consultations longues, voire des soins réalisés en ville. »* [54].

Ainsi, *« Ce virage ambulatoire représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. »*

Autrement dit l'hôpital n'est plus un lieu de séjour mais un lieu rassemblant des ressources et des compétences techniques ne constituant qu'un passage dans le parcours global de soin.

- Quels sont les objectifs de ce virage ambulatoire en médecine ?

Les objectifs de ce virage ambulatoire telles qu'exprimées par le ministère de la santé sont de *« permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ». Cela, en bénéficiant d'un égal accès à la santé, de prises en charge lisibles, accessibles, complètes et de qualité, ainsi que d'une organisation sanitaire et sociale rationalisée et plus efficiente. »*

Il s'agit donc d'une visée de **pertinence des soins** (c'est à dire de qualité et gradation des soins) et d'une visée d'efficience avec la **réduction des coûts via une réduction des hospitalisations « évitables »** (une meilleure prise en charge en amont permettra d'éviter le recours à l'hôpital) **et « inappropriées »** (l'hôpital n'est pas le « bon » lieu de soin pour la situation médicale mais est utilisé à défaut dans le contexte par manque d'une organisation optimale).

- Pourquoi est-il nécessaire de mettre en œuvre ce virage ambulatoire en médecine ?

Deux motifs principaux sont mis en avant par le Ministère des solidarités et de la santé :

- L'adaptation de notre système de santé au vieillissement de la population et plus généralement à la prise en charge des maladies chroniques
- « Satisfaire à la demande des patients et de leurs proches en faisant évoluer les soins et les services. ».

Ce virage ambulatoire concerne les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) et/ou avec complexité médico-psycho-sociale et les prises en charge au long cours programmées aussi bien non programmées

Nous avons donc fait le choix d'exposer les constats sur la médecine ambulatoire hospitalière et la médecine de ville - en particulier sur la médecine de second recours - souvent nécessaire dans les situations de maladie chronique complexe avec un focus sur les défis que soulève ce développement de l'ambulatoire :

- L'accessibilité au plus grand nombre de patients et sur l'ensemble du territoire
- L'implication du patient et de son entourage
- L'organisation de la communication et de la coordination en amont et en aval et de la prise en charge
- Son financement

1. Accessibilité

Sont exposés ici les constats pouvant être faits à l'heure actuelle sur les déterminants de l'accessibilité aux soins (médecine ambulatoire hospitalière et médecine spécialisée de ville) qui pourraient être amenés à croître dans le cadre du développement du virage ambulatoire. Ceci concerne des aspects géographiques, financiers, numériques et des déterminants tels que la littératie en santé et l'isolement social.

a. Aspects géographiques

Il existe aujourd'hui des inégalités territoriales de l'offre en médecine ambulatoire. Ces inégalités concernent :

- **L'offre en médecine ambulatoire hospitalière.**

L'IGAS a bien montré la disparité de l'offre en hôpitaux de jour entre les régions « *les écarts régionaux de taux de séjours sans nuitée peuvent, quant à eux, aller jusqu'à 30 points entre régions métropolitaines, et opposent d'un côté l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais et, de l'autre le Limousin, le Centre-Val-de-Loire et la Corse. Les établissements du secteur ex-DG (Etablissements de santé du secteur public anciennement financés sous dotation globale) concentrent l'essentiel des séjours sans nuitée de médecine, qui sont en proportion réduite dans les cliniques et les centres de lutte contre le cancer* ». [55]. L'APHP dans son rapport sur l'accélération du virage ambulatoire signale également que cette disparité se retrouve aussi au sein d'une même région : « *Les professionnels de ville regrettent (...) (L'inégale répartition de l'offre territoriale dans le domaine notamment de la gériatrie.* » [56].

- **Et l'offre en médecine de ville de 1^{er} recours et surtout de second recours avec une concentration sur les grands pôles urbains.**

Dans son rapport le HCAAM explicite les facteurs qui expliquent cette évolution : « *la concentration des équipements aujourd'hui nécessaires à l'exercice de certaines spécialités (plateaux techniques spécialisés coûteux), la spécialisation croissante, qui nécessite un volume de patients potentiel plus important pour atteindre un certain niveau d'activité et de qualité, les aspirations des professionnels en termes de modes et de qualité de vie, le cursus de formation et le post-internat renforçant l'attraction des villes sièges de CHU. S'y ajoutent des choix de modalités d'exercice qui privilégient l'exercice en groupe.* » [57]. Le cursus de formation des médecins du second recours est donc un des éléments majeurs qui explique cette évolution. Comme le souligne

le HCAAM *“La formation des médecins a évolué au cours des dernières décennies dans le sens d’un encadrement croissant des conditions de formation et d’une « filiarisation » désormais totale.”* Cette rigidification des parcours de formation professionnelle entrainerait un manque d’adaptabilité aux besoins du système de santé et des parcours peu évolutif pour les jeunes médecins du second recours. Si la spécialisation de plus en plus fine des médecins est utile face à l’évolution des données scientifiques, elle génère :

- une orientation de la formation vers les CHU. Or un médecin aura tendance à s’installer dans le même type de structures dans lesquelles il a été formé.
- un “morcellement” de l’offre qui peut majorer les difficultés pour les patients d’avoir un accès de second recours de proximité (le spécialiste proche du domicile du patient n’offrant des consultations que dans un domaine précis de sa spécialité), entrainer un manque de pertinence des parcours avec une saturation de filière de 3ème recours par des patients qui ne trouvent pas d’offre de second recours et bien sûr aggraver le risque de rupture dans les parcours des patients.

Par ailleurs, lorsque l’offre libérale est faible sur un territoire, l’offre en consultation externe à l’hôpital l’est également. **Il n’y a pas d’effet de compensation entre l’offre libérale de médecine spécialisée et l’offre hospitalière** [57].

Ces inégalités risquent de s’accroître au cours des prochaines années en lien notamment avec une augmentation de l’inégalité géographique d’accès aux soins spécialisés dans de nombreuses zones du territoire national. Des travaux statistiques de la DREES établissent en effet que *“Selon les spécialités, entre 19 et 47% des zones étudiées ne disposent pas de spécialistes âgés de moins de 55 ans. Pour de nombreux territoires il existe donc à moyen terme, quand les générations les plus anciennes cesseront d’exercer, un risque de déstabilisation de l’offre, de creusement des inégalités d’accès entre territoires et d’allongement des délais d’obtention des rendez-vous.”* [58].

Or l’offre de soins d’un territoire influence le recours aux soins ambulatoires et s’accompagne d’une restriction de liberté de choix voire d’un risque de renoncement aux soins. En effet, dans ses travaux sur le recours aux soins ambulatoires et les distances parcourues par les patients, l’IRDES montre que *“Les efforts de déplacements requis pour les patients qui résident dans les territoires où l’offre de soins est peu présente et éloignée de leur domicile influencent leurs recours aux soins. En effet, toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux patients des zones les mieux dotées, ils ont une plus faible probabilité de recourir à un médecin généraliste dans l’année. Une offre de soins éloignée a un effet dissuasif sur le fait de consulter un spécialiste, surtout au-delà de 30 minutes de trajet. De plus, en cas de recours à un généraliste, un spécialiste ou un chirurgien-dentiste, l’éloignement à l’offre de soins la plus proche restreint les distances supplémentaires que les patients sont prêts à parcourir, limitant ainsi leur liberté de choix. Enfin, le type de territoire appréhendé par le zonage en aires urbaines a un effet propre sur certaines dimensions du recours aux soins. C’est le cas notamment des distances supplémentaires, en moyenne plus élevées pour les patients ne résidant pas au sein d’un grand pôle.”* [59].

Au total, **pour que le développement du virage ambulatoire en médecine ne contribue pas à aggraver cette situation, deux grands risques doivent être anticipés :**

- **Pour les patients habitant les zones déficitaires, le risque d’accroissement des difficultés d’accès aux soins ;**
- **Pour l’organisation des soins, le risque que les médecins généralistes soient dissuadés de s’installer dans des zones où ils ne peuvent disposer d’un réseau de médecins spécialistes facilement accessibles avec, parallèlement, un déport de consultations vers l’hôpital et les services d’urgence.** Ce mouvement serait totalement contraire aux objectifs sur le juste recours et d’efficacité des soins [60].

Expérience inspirante : le projet EVACORSE (Art 51)

Le projet EVAcorse vise à rendre plus accessible la réadaptation cardiaque pour des patients à haut risque cardiovasculaire. En effet, la réadaptation cardiaque a une efficacité incontestable chez ces patients avec une diminution jusqu'à 20 à 30% des décès et 40% des hospitalisations. Malheureusement, seuls 1/3 des patients éligibles bénéficient de ces programmes conduits à l'hôpital, ce qui constitue une véritable perte de chance pour les patients. L'un des freins à la participation des patients est l'absence d'offre de soins à proximité du domicile. Le projet, expérimentation article 51, propose une prise en charge hybride pour les patients à faible risque évolutif avec 6 premières séances en SSR cardio puis 14 séances effectuées par des équipes de soins primaires (ESP) au plus proche du domicile du patient mais coordonnées par le médecin cardiologue référent du SSR. Le projet est donc à la fois dérogoire sur le plan financier (rémunération de l'équipe ville-hôpital pour une prise en charge de réadaptation cardiaque prévoyant une part fixe, et deux parts variables en fonction du nombre de patients pris en charge simultanément lors d'une séance et en fonction de la qualité des soins prodigués) et organisationnel, l'organisation actuelle ne permettant pas une prise en charge de réadaptation cardiovasculaire en dehors d'un SSR. La transposition de la prise en charge par une ESP en coordination avec un SSR doit apporter :

- une qualité de prise en charge au moins égale, les professionnels de premiers recours recevant une formation spécifique et étant en lien avec l'équipe du SSR
- le renforcement de l'adhésion du patient au programme
- l'amélioration de la prescription de la réadaptation cardiaque par les professionnels de ville, du fait de leur implication dans le dispositif, et d'une offre de proximité accessible pour leurs patients le renforcement de l'adhésion des équipes (acteurs hospitaliers et acteurs de proximité).

Si l'évaluation de ce projet confirme ces attentes, ce dispositif sera facilement reproductible dans les territoires éloignés des SSR (ruraux et/ou montagneux notamment).

b. Aspects financiers et reste à charge

L'accès à l'HDJ et à la médecine spécialisée de ville peut se heurter à des freins financiers :

- L'éloignement des lieux de vie des plus pauvres des grands pôles urbains où sont concentrés HDJ et spécialistes associé au **manque de moyens de transport** ou de transports en commun et à l'**absence de prise en charge du transport** au titre de l'affection de longue durée (ALD) et des VSL (véhicule sanitaire léger) peuvent rendre inaccessible ce type de prise en charge pour les plus précaires ou les plus isolés [52]. **La réponse par le développement des hôtels hospitaliers n'est que partielle** car si cela aide à la résolution de l'éloignement géographique et à la sécurisation de la prise en charge du patient (hôpital à proximité), il reste la question du « reste à charge » en particulier pour les patients dépourvus de couvertures complémentaires. Peu de précisions sont apportées à ce jour sur la prise en charge de l'accompagnant, les services hôteliers complémentaires à mettre en place (repas) et de leur prise en charge financière pour les patients.
- **Dans les zones (sur)dotées en spécialistes les dépassements des tarifs opposables sont croissants** (du fait d'une part de l'augmentation de la part des médecins de secteur 2 habilités à pratiquer des dépassements d'honoraires et de l'augmentation du niveau des dépassements). **De plus, le tiers payant n'est pas généralisé** (en dehors des patients en ALD, des titulaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à la complémentaire santé : ACS) [60] **alors que des difficultés persistent dans la mise en place du tiers payant, de la Complémentaire santé solidaire (CSS), et que les restes**

à charge restent aussi toujours importants notamment en ce qui concerne le matériel médical [52]. **Les mesures incitatives prises successivement par les pouvoirs publics pour assurer l'accessibilité financière à la médecine spécialisée de ville « n'ont eu que des résultats très modestes, sans proportion avec l'importance des enjeux. Le contrat d'accès aux soins en particulier a eu des effets peu probants au regard d'un coût particulièrement élevé, quand on le rapporte aux dépassements évités : en 2015, pour éviter 1 euro de dépassement, l'assurance maladie en a dépensé 10 »** [61].

- **Les facteurs socio-économiques** (revenu, catégorie socio-professionnelle, couverture complémentaire, ...) - plus que géographiques- **sont aussi déterminants dans le recours aux chirurgiens-dentistes** [60].
- **Enfin il ne faut pas négliger également la part de praticiens refusant l'accès aux soins des plus socialement vulnérables** (11% sur la dernière enquête du défenseur des droits en 2014 auprès de médecins généralistes, gynécologues et dentistes dont deux tiers en secteur 2, refus des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) par exemple) et le nombre d'ayants-droit qui ne bénéficient pas de la CSS alors qu'ils le pourraient (**sous recours aux aides** par méconnaissance ou difficultés dans le parcours administratif : 78% de non recours) [61].
- Enfin, le virage ambulatoire peut *« favoriser l'émergence d'un secteur médico-social complémentaire, tout en s'accompagnant de l'appel explicite au rôle des familles redevenu visible et doté d'une valeur sociale et financière au travers de prestations sociales incitatives. Or, le recours au soin familial peut faire resurgir les inégalités sociales de soins au niveau de la disponibilité ou des savoirs, que l'institutionnalisation gommait. »* [62]. Ce risque est d'autant plus à prendre en compte que *« l'absence de dispositif statistique sanitaire incluant des données sociales rend aveugle sur le creusement des inégalités sociales avec le virage ambulatoire »* [63].

c. Aspects numériques

À l'heure où la digitalisation est perçue comme un des moyens incontournables du virage ambulatoire (facilitation de la communication et coordination entre professionnels, amélioration d'un accès de proximité à l'expertise avec les téléconsultations et téléexpertise), celle-ci pourrait être une source supplémentaire d'aggravation des ISTS et doit donc être prise en compte dans la perspective d'un déploiement de ce virage ambulatoire.

En effet, il existe des inégalités importantes dans l'accès et les aptitudes à se servir des outils numériques en France :

- **L'accès à internet est inégal** comme le montre une enquête récente de l'Insee : *« En 2019, 12% des individus de 15 ans ou plus résidant en France hors Mayotte ne disposent d'aucun accès à Internet depuis leur domicile, quel que soit le type d'appareil (ordinateur, tablette, téléphone portable) et de connexion. Ce taux a baissé de 21 points depuis 2009, et ce dans tous les segments de la société mais des inégalités persistent : les personnes âgées, peu diplômées ou dont le niveau de vie est modeste disposent moins souvent d'un accès personnel à Internet. Ainsi, 53 % des 75 ans ou plus n'ont pas accès à Internet, comme 34 % des personnes sans diplôme ou titulaires d'un certificat d'études primaires (CEP) et 16 % des plus modestes (vivant dans un ménage du 1er quintile de niveau de vie). (..) Le type de ménage est également clivant, les personnes seules et les couples sans enfant étant nettement moins équipés. Cet effet perdure toutes choses égales par ailleurs, et notamment à âge fixé »* [64]. La non-disponibilité de l'offre haut débit n'est pas la raison principale de ce manque d'accès même si celle-ci clive véritablement le territoire entre les

communes rurales et les zones urbaines. Les principaux motifs sont " le manque de compétences (41 %), le coût du matériel (32 %) ou de l'abonnement (27 %) " [64].

- **L'illectronisme peut accroître la vulnérabilité sociale.** *“L'illectronisme est la difficulté voire l'incapacité que rencontrent certaines personnes à utiliser les outils numériques, informatiques. Si le manque d'accès et donc d'usage internet est lié à l'illectronisme, utiliser Internet ne garantit pas de posséder les compétences numériques de base. En 2019, 38 % des usagers d'internet manque d'au moins une compétence dans les quatre domaines que sont la recherche d'information, la communication, l'utilisation de logiciels et la résolution de problèmes et 2% ont une absence complète de ces compétences. Si l'on ajoute les non-usagers, 17 % de la population se trouve en situation d'illectronisme. Le profil de ces personnes est proche de celui qui n'ont pas d'accès à ceci près que « l'âge joue davantage sur les compétences que sur l'équipement, alors que le niveau de vie est plus discriminant pour l'équipement que pour les compétences. »* [64].
- Si des actions pour faciliter l'inclusion numérique sont actuellement menées de la part du monde associatif (ex : Emmaüs connect qui propose des matériels à prix solidaire et des initiations et formations aux usages numériques) et de la part de l'État (financement des structures associatives par le biais du Pass numérique et déblocage d'une enveloppe de 250 millions d'euros sur 2 ans dédiée à l'inclusion numérique), celles-ci ne seront probablement pas suffisantes pour que les outils numériques déployés dans le cadre du développement du virage ambulatoire soient accessibles à tous car :
 - certaines personnes, malgré une offre de formation *ad hoc* ne pourront pas être autonomes (leur nombre est évalué à 6 à 7 millions par l'État).
 - il faudrait sans doute investir beaucoup plus pour que l'ensemble des autres personnes en situation d'illectronisme puissent en “sortir”. D'après la mission sénatoriale sur ce sujet, il faudrait « *créer un fonds de lutte contre l'exclusion numérique pour atteindre 1 milliard d'euros de soutien public, mobilisable d'ici 2022.* » soit environ 500 millions d'euros par an.

Dans le domaine du virage ambulatoire, **un moyen de réduire cette fracture numérique est de proposer un intermédiaire professionnel pour favoriser l'accès à la télémedecine** des plus vulnérables. Actuellement l'IDE peut se déplacer au domicile du patient avec du matériel connecté embarqué (stéthoscope, otoscope, ...) et s'il le juge utile contacter *via* un service sécurisé le médecin avec lequel il travaille pour bénéficier d'une consultation en visioconférence. L'utilisation des outils connectés permet au médecin de « voir » et « entendre » l'examen clinique fait par l'IDE. S'il le juge nécessaire le médecin prévoit une visite à domicile dans un second temps. La place de cette télémedecine a démarré pour la prise en charge des personnes âgées à domicile mais pourrait s'étendre plus largement aux patients suivis pour des maladies chroniques. Évidemment de **tels dispositifs interrogent sur le creusement des inégalités sociales car ne pourraient y avoir recours que les personnes ayant un accès internet (y compris *via* un téléphone portable 4G voire 5G) et surtout l'ensemble des expertises médicales et paramédicales présentes sur le territoire de soins**. Des enjeux autour de la facturation de ces « doubles actes » sont évidemment aussi à considérer.

Une expérience inspirante : les téléconsultations de médecin généraliste pour les personnes âgées à domicile avec l'assistance d'un infirmier chez IPSO Santé

Le cabinet médical IPSO, a mis en œuvre avec IDOMED, des téléconsultations où l'IDE se déplace au domicile de la personne âgée équipée de matériel connecté (stéthoscope, otoscope, partage du logiciel métier avec le médecin, ...). Il assure la visite au domicile de la personne âgée et se connecte avec le médecin qui assure la permanence au cabinet médical. S'il le juge nécessaire il peut demander et programmer avec le médecin une visite médicale au domicile du patient. Si une

telle visite n'est pas nécessaire, le médecin peut transmettre directement à l'IDE les prescriptions pour le patient.

Cette organisation permet de mieux répondre aux besoins de visites à domicile aujourd'hui de moins en moins réalisées par les médecins.

d. Littératie en santé et isolement social

Plusieurs études montrent l'impact négatif de l'isolement social sur l'accès et le recours aux soins mais aussi sur la morbi-mortalité [65] [66] [67] [68] [69]. Il ne s'agit pas uniquement de considérer la vulnérabilité sociale comme le seul problème de l'accès « financier » aux soins mais de la voir dans son ensemble. En effet, l'isolement social est un facteur de risque de moindre recours et accès aux soins et également d'augmentation de morbi-mortalité [70] [71] [72] [73] [74] [75], et ce toutes choses étant égales par ailleurs. Plusieurs études ont montré l'intérêt et la place des médiateurs sociaux pour accompagner les patients et garantir un accès aux soins (notamment de prévention) plus équitable [76]. Il convient de sensibiliser les soignants à l'impact de cette vulnérabilité sur la morbi-mortalité des patients, de leur proposer la possibilité de mieux dépister ces patients les plus socialement vulnérables afin d'assurer un rythme et des consultations adaptées et de leur permettre de développer leur réseau auprès de confrères exerçant en secteur 1. Ces aspects passent probablement par la formation initiale, mais également continue des soignants à ces aspects, et la mise à disposition de scores de dépistage (qui servent *a minima* à sensibiliser et au mieux à dépister). Deux scores français existent à ce jour (utilisable en médecine générale) : le score EPICES mais non validé statistiquement et construit avec un biais de sélection important (patients de centres d'examens de santé de la CNAM) et le score PRECAR [3] construit à partir d'une cohorte en population générale, et validé statistiquement en consultation de médecine générale. Ce score peut être réalisé par les médecins généralistes mais également par des infirmiers. Il est aujourd'hui utilisé dans certaines expérimentations de l'article 51, notamment pour la mise en œuvre d'un parcours dédié aux « patients les plus socialement vulnérables ».

La littératie en santé (aucune étude française sur ce sujet pourtant décrit à l'international) et la barrière de la langue voire de l'illettrisme (où les systèmes de traducteurs à l'hôpital ont rapidement disparu en raison de leurs coûts mais où ils sont encore moins envisageables en ville au vu des coûts et des problématiques de surcharge des consultations et d'organisation) sont aussi des déterminants majeurs de santé largement sous-estimés ; là encore la place des médiateurs sociaux, autres assistantes sociales et traducteurs dans les structures pluriprofessionnelles est à souligner. Certaines expérimentations dans le cadre de l'article 51 ont ainsi inclus dans les parcours des patients des assistantes sociales qui assurent l'accès aux soins des patients. L'enjeu est évidemment plus large puisque les patients n'ayant aucune culture du parcours de soins français et de la façon de le solliciter restent éloignés de ces prises en charge. Il s'agit d'intégrer le patient dans un parcours dès qu'il côtoie le système de santé. Trop souvent encore, le recours au système de soins de ces patients passe par des consultations itératives aux soins non programmés ou lors de contexte de prise en charge pour des pathologies arrivées à un stade avancé. Dans ces contextes, le patient n'est pas acculturé à l'utilisation du système de soins. Il est clairement établi que plus de 90% des Français consultent une fois dans l'année un médecin généraliste. Ces consultations sont autant de chances de sensibiliser le patient et de le raccrocher au parcours de soins qui ne sont pas prises. Le dépistage de la vulnérabilité permettrait de mieux appréhender les patients à risque d'errance médicale et ainsi de pouvoir mieux les intégrer dans des parcours de soins.

Une expérience inspirante : Les consultations de prévention infirmière de la CPTS ASNC

Cette CPTS a développé des consultations de prévention infirmière dont le contenu est adapté au profil du patient (âge/sexe) et intégrant la prise en compte de la vulnérabilité sociale (via le score EPICES [2]) qui sont **proposées aussi bien à l'hôpital** (sous la forme d'une « Pré consultation » infirmière avant la consultation spécialiste à l'hôpital dans cadre du parcours Insuffisance cardiaque) **qu'en ville** (proposés aux patients de MSP réalisés par IDE Asalée) [77]. Ce dispositif permet donc le repérage et la prise en compte de la vulnérabilité sociale au même titre que les autres déterminants de santé dans une perspective de prévention.

Préconisation n°12 : Assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement en agissant sur la formation des spécialistes de second recours et leurs modes d'exercice.

Ceci implique de :

- **Renforcer davantage les possibilités de stages hors établissements de santé pour les étudiants de 3^e cycle et les mettre en place pour les étudiants de 2^e cycle (i.e. hospitalisation à domicile (HAD), maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), etc.) ;**
- **Encourager les regroupements des spécialistes de second recours** dans les territoires sous-denses (ou à risque de sous-densité médicale) ;
- **Renforcer le développement des consultations « avancées » des praticiens** en lien avec les hôpitaux de proximité et les MSP ainsi que **les postes d'assistants spécialistes à temps partagé (hôpital et structures en ville).**

L'offre en médecine ambulatoire de second recours est inégalitaire sur un plan géographique (polarisation des spécialistes de ville et de la médecine ambulatoire hospitalière sur les grands pôles urbains) et financier (frein lié aux dépassements d'honoraires, aux coûts liés aux transports voire à l'hébergement). Ces inégalités risquent de s'accroître dans les années à venir en lien avec les mouvements de démographie médicale, par effet d'entraînement avec les dispositifs de 1^{er} recours et l'absence de solutions proposées au moment du développement ambulatoire. Il est donc nécessaire de favoriser une offre de second recours et de proximité et d'appuyer en ce sens les préconisations du HCAAM.

Préconisation n°13 : Faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains :

- **En développant et renforçant les solutions d'accès aux organisations de télésanté.**
- **En facilitant les transports vers les ressources hospitalières très spécialisées et les solutions d'hébergement à proximité avec la possibilité d'un accompagnant, sans reste à charge pour les patients.**

L'offre ambulatoire est inégalitaire sur un plan géographique (polarisation des spécialistes et de la médecine ambulatoire hospitalière sur les grands pôles urbains, concentration des plateaux techniques) et financier (frein lié aux dépassements d'honoraires, aux coûts des transports voire de l'hébergement). Ces inégalités risquent de s'accroître dans les années à venir en raison de la démographie médicale, de l'entraînement dans le même mouvement du 1^{er} recours. Le développement ambulatoire doit tenir compte de ces problématiques. Il est donc nécessaire de favoriser une offre de second recours de proximité et de faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains.

Préconisation n°14 : Prévoir systématiquement, dès la conception et la mise en œuvre d'un dispositif du virage ambulatoire :

- **Des solutions alternatives au numérique.**

- **Des démarches « d'aller vers » les personnes les plus isolées socialement et à faible littératie en santé.**

Le numérique est devenu un élément incontournable dans la mise en place de dispositifs ambulatoires. Le risque est d'exclure de ceux-ci les personnes en situation d'illectronisme, nombreuses en France (17 millions) qui sont souvent celles aussi en plus grande vulnérabilité sociale et/ou financière.

De même les personnes avec une faible littératie en santé et/ou isolée socialement sont moins incluses dans les dispositifs ambulatoires. Cette inclusion, pertinente eu égard à leur situation médicale, doit être travaillée notamment avec les médiateurs sociaux, assistants sociaux en ville et à l'hôpital.

Préconisation n°15 : Assurer un repérage systématique de la vulnérabilité médico-psycho-sociale en ville comme à l'hôpital, via les outils existants pour mieux orienter, organiser et adapter la prise en charge.

Préconisation n°16 : Évaluer l'impact du virage ambulatoire sur les inégalités sociales et territoriales de santé en développant des études *ad hoc*.

La vulnérabilité sociale doit être évaluée dans la perspective du développement du virage ambulatoire à un niveau individuel (pour ajuster le parcours du patient à cette vulnérabilité) et à un niveau populationnel (pour évaluer l'impact du virage ambulatoire sur les inégalités sociales). Son repérage et codage systématiques constituent la première étape indispensable pour que ce déterminant soit pris en compte et des mesures mises en œuvre aux niveaux individuel et collectif.

2 L'implication du patient et de son entourage

La place des personnes malades dans les décisions et les soins les concernant a -heureusement- beaucoup évolué passant d'une relation passive à une relation active d'acteur dans le soin. Ceci aussi bien à un niveau individuel (cf. patients partenaires, experts) qu'à un niveau plus collectif (cf. représentations des personnes malades et usagers à des niveaux institutionnels, de gouvernance, patient traceur) traduisant en actions la notion « d'empowerment » ou "capacité à agir". Plus largement, il est admis que plus un patient évalue correctement sa prise en charge et y est associé, plus son état de santé est bon [78].

Les organisations du « virage ambulatoire » se réclament de cette capacité à agir que l'on retrouve dans :

- La décision médicale partagée censée être mise systématiquement en œuvre quand il existe un choix possible pour un même soin entre une prise en charge ambulatoire et hospitalière conventionnelle.
- L'information voire l'éducation du patient et/ou de son entourage quand est décidée cette prise en charge.
- L'implication du patient et/ou son entourage dans la mise en œuvre des soins et de la surveillance lors du retour à domicile
- Et enfin dans la prise en compte de l'expérience-patient pour améliorer la qualité et la sécurité des parcours (cf. enquêtes au point de soin, focus groupes et groupes consultatifs)

de patients permanents, méthode du patient-traceur, participation des patients à des RETEX, guide EIAS de la HAS, e-Satis, etc.). En effet, en termes de qualité et de sécurité des soins, le recueil de l'expérience-patient lors de séjours hospitaliers mais aussi dans certaines structures pluriprofessionnelles de ville, amènent les praticiens à s'interroger et améliorer leurs pratiques. Les recueils de vécus des patients lors de la survenue d'EIAS sont également des procédures qui visent à permettre aux soignants d'apprendre de leurs erreurs afin d'éviter qu'elles ne reproduisent. Dans le contexte du virage ambulatoire, il est nécessaire que ces retours d'expériences soient intersectoriels pour que l'approche du patient bénéficie réellement à l'amélioration du parcours.

Cependant deux points sont à soulever :

1) Une étape préalable à toute ces organisations visant à augmenter la capacité à agir des personnes est l'écoute active par les professionnels de santé des difficultés, besoins et priorités des patients. Pourtant, ce qui prédomine aujourd'hui est *“un sentiment d'incompréhension, très puissant chez les personnes atteintes de maladie chronique, qui ne se sentent pas entendues. Il engendre tristesse et frustration, et concourt à une forte impression de déshumanisation”* [79]. D'un autre côté les soignants -y compris les plus empathiques- ne perçoivent pas toujours ce problème car ils ont le sentiment d'échanger avec les patients. Mais tandis que les soignants interrogent les patients pour recueillir les données qui leur sont nécessaires pour le diagnostic et/ou la prise en charge, ces derniers répondent mais sans exprimer toujours ce qui leur tient le plus à cœur car “hors champs” des questions des professionnels...et ce, alors même que ces éléments peuvent influencer de manière importante la prise en charge et la confiance mutuelle entre patients et soignants. Permettre la réalisation d’“entretiens de compréhension” au sein des parcours ambulatoires serait un moyen d'améliorer cette situation. Il s'agit bien de “remplacer” une partie de l'interrogatoire” traditionnel par un temps d'écoute active structuré du patient (et non de “rajouter” un temps supplémentaire). Ce temps d'entretien doit être structuré et aborder le quotidien de la vie avec la maladie (les difficultés, les blocages, la complexité de l'intrication entre la vie ordinaire de la personne et sa vie de malade soigné.) Il doit être aussi *“ l'occasion pour le patient d'exposer, de tester, de vérifier”,* et pour le soignant *“d'entendre et de reconnaître, les connaissances expérientielles du patient sur sa vie avec la maladie”*. Celles -ci *“ éclaireront le médecin sur tout un aspect de la maladie qui lui est inconnu parce que, la plupart du temps, négligé ou tu dans les entretiens médicaux habituels où domine le savoir médical d'expertise”* [79].

2) La rapidité avec laquelle doit se faire ce virage ambulatoire doit interroger ces notions et la place de tels outils d'évaluation, d'amélioration des pratiques et des collaborations acteurs de soins/patients pour de meilleures prises en charge conjointes et à moindre risque avec deux risques à anticiper :

- a) L'ambition du virage ambulatoire de favoriser l'empowerment pourrait ne pas être atteinte. **La place laissée aux patients peut être de l'ordre de la représentation voire de l'implication mais sans aller jusqu'à une véritable « capacité d'agir ».** *« La participation des patients, évidente dans les discours, peine à s'exercer dans les pratiques. Les contributions effectives des patients au système de santé restent aujourd'hui plutôt faibles et l'exemplarité de quelques expériences localisées ne doit pas faire oublier l'immense majorité des situations dans lesquelles les patients sont cantonnés à un rôle étriqué de malade. [80].* Ce risque existe également pour les proches aidants.
- b) **A contrario, le virage ambulatoire pourrait aussi favoriser une implication « excessive » et « inappropriée » du malade et/ou de ses proches de la part des professionnels de santé.** Une étude réalisée au Québec en 2001 pointait très bien ce risque *« le virage ambulatoire repose sur une certaine banalisation de la complexité et des exigences des soins transférés aux personnes malades et leurs proches, notamment dans le contexte du domicile, mais elle montre aussi que le contexte du domicile contribue à complexifier ces*

soins. Il s'avère important de circonscrire l'implication et la responsabilité des proches dans la dispensation des soins, de cesser de déléguer aux proches des actes réservés aux professionnels de santé, et de leur donner l'appui et les services nécessaires. » [81].

Une expérience inspirante : La recherche-action ATD Quart-monde sur les prises en charge ambulatoires bucco-dentaires hospitalières des enfants migrants

En 2017 et 2018, dans le cadre d'une réflexion co-construite avec les usagers les plus pauvres sur le virage ambulatoire, le laboratoire d'idées d'ATD Quart Monde a réalisé une recherche-action en lien avec l'Université d'Odontologie et le CHRU de Nancy intitulé « Des prises en charge ambulatoires hospitalières de plus en plus systématiques pour les enfants pauvres pour soigner leurs dents ».

Les objectifs de cette recherche étaient de confirmer les préconisations du rapport sur le terrain en proposant une analyse du parcours et notamment de ses points problématiques à travers le vécu des patients (ici les familles des enfants migrants). Les points d'amélioration étaient nombreux et concernaient essentiellement l'amont et l'aval des soins. Ce travail a pu amener des améliorations concrètes, simples mais décisives pour améliorer ce parcours et également bénéfiques pour tous les autres puisque souvent non spécifiques des soins prodigués (par exemple amélioration de la signalétique pour s'orienter dans l'hôpital, de l'accessibilité de bâtiment, etc.).

Cette méthodologie est à rapprocher de celle du « patient traceur » qui permet une démarche d'analyse en équipe des parcours en partant de l'expérience patient [82]. Cette méthode peut être un puissant levier d'amélioration des pratiques pour les équipes et aussi un outil d'évaluation des parcours (cf. son utilisation large dans la nouvelle certification [83]).

Préconisation n° 17 : S'assurer qu'un temps d'écoute de la personne (ciblant ses difficultés, ses besoins, sa priorité) accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical.

Préconisation n° 18 : Prendre en compte le savoir expérientiel des patients dans leur propre soin comme dans l'organisation des dispositifs ambulatoires, au niveau local.

Plusieurs dispositifs sont recommandés pour impliquer le patient et/ou son entourage dans les organisations ambulatoires afin de garantir le respect des valeurs et des souhaits du patient ainsi que sa sécurité (décision médicale partagée, éducation thérapeutique, prise en compte de l'expérience patient *a posteriori* pour évaluer la qualité et la sécurité des parcours, ...).

L'étape première d'un temps d'écoute active des difficultés, besoins et priorité des patients n'est pas formalisée et recommandée, ce qui peut expliquer le sentiment d'incompréhension fréquemment exprimé par les patients.

Enfin, du fait du caractère non systématique de ces dispositifs, persistent les risques d'une part que la participation des patients reste un affichage plus qu'une réalité, d'autre part au contraire que l'implication soit exagérée et consiste en un glissement de tâches et de responsabilités des professionnels vers les patients et/ou leur entourage.

3 La coordination et la communication en amont et en aval

La communication et la coordination des professionnels sont des conditions *sine qua non* pour le développement du virage ambulatoire de manière sécurisée. Nous verrons ici les constats que nous pouvons aujourd'hui faire sur ces deux aspects.

a. Un manque de lisibilité de l'offre

Il existe un manque de lisibilité de l'offre en médecine spécialisée en ville comme de la médecine ambulatoire hospitalière que ce soit pour les professionnels ou les patients [56] [58]. Ce manque de lisibilité peut concerner l'existence même de la ressource locale, des modalités d'adressage et des critères d'éligibilité. De ce fait, **l'orientation dans le système de soins dépend alors des ressources propres du patient (sociales, culturelles, financières...) et/ou de son médecin.** Ainsi, les patients peuvent être orientés :

- par défaut, en fonction du réseau relationnel du professionnel de santé qui les adresse ou leur propre réseau relationnel au sein du système de soins et leurs ressources personnelles : il existe alors un risque de perte de chance et d'inégalité face au système de soins.
- par « excès » vers des ressources hospitalières très spécialisées avec risque de saturation de ces filières et de perte d'efficacité du parcours. Le long délai de prise en charge en HDJ est d'ailleurs l'un des reproches des professionnels de ville [56].

Pour les instances de régulation elles-mêmes, l'offre en matière de médecine ambulatoire est peu lisible.

Pour la médecine ambulatoire hospitalière : L'IGAS a bien montré dans son rapport sur les HDJ le nombre important de séjours « forains » (séjours et séances sans nuitée relevant d'un HDJ et réalisés dans des structures d'hospitalisation complète). En 2014 leur nombre était de plus de 300 000 (avec un taux de séjours forains de 13,4 % et un taux de séances foraines de 4,6 %). Les deux domaines d'activité plus particulièrement concernés étaient les domaines « digestif » et « cardio-vasculaire ». Ceci alors que les prises en charge en hôpital de jour supposent une organisation « millimétrée » en matière de planification, de programmation et de coordination [84]. Ce constat a été réalisé grâce à une étude *ad hoc* menée pour le rapport IGAS, mais les pilotes de l'offre de soins tant au niveau national que régional n'ont pas la visibilité sur ces séjours forains, la donnée n'étant pas accessible via l'outil Diamant (outil disponible pour les ARS permettant d'avoir accès à des données agrégées issues de plusieurs bases de données) [85].

Pour les prises en charge en ville, il n'y a pas de données permettant de définir l'offre et d'évaluer sa complémentarité ou non avec celle de l'offre hospitalière ambulatoire d'un même territoire (sauf dans le cadre d'expérimentations parcours très spécifiques). Un projet d'observatoire de la médecine générale (projet Plateform) porté par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et bénéficiant du soutien de la CNAM est en cours. Il consiste en la création d'un outil qui vise, à partir des logiciels métiers, à structurer des données patients pour construire une base de données communes (avec notamment les codes diagnostics, les motifs de consultation, ...). S'il existe plusieurs projets pilotes en région (par exemple Primege en région PACA), le projet se heurte à des difficultés réglementaires et techniques importantes qui font craindre un délai important pour qu'il soit opérationnel. De plus, le projet porte uniquement sur les actes de médecine générale même si l'intérêt est important d'y associer à terme les données issues des autres spécialités.

Ce manque de lisibilité est aussi la conséquence d'un défaut de référentiel par spécialité et type de prise en charge définissant le niveau de soin requis et les critères de qualité de l'environnement pour ces soins. Et de ce fait on note une absence de guides organisationnels et médico-économiques pour structurer cette offre [84].

b. La communication entre professionnels dans le cadre de la médecine ambulatoire ne bénéficie pas d'un référentiel qualité concernant les informations échangées

Le constat d'une communication défaillante entre l'hôpital et la ville et ses conséquences néfastes en termes de morbi-mortalité évitable est largement établi concernant les hospitalisations complètes. Ce constat, partagé par les patients (cf. données e-Satis), a entraîné **le développement de cadres réglementaires, d'indicateurs qualité et la promotion d'actions de renforcement de l'échange d'informations entre l'hôpital et la ville** :

- Les informations obligatoires contenues dans les documents échangés entre ville et hôpital lors d'une hospitalisation et de leurs modalités de transmission ont été définies par décret. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2017, la lettre de liaison, instaurée par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, est obligatoire pour tous les établissements de santé [4]. Ce décret précise le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison. Il indique le contenu attendu d'une lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de la LLS de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient. Une fois la lettre remise au patient, la réglementation exige de l'envoyer le jour-même au médecin traitant du malade par messagerie ou par courrier sécurisé. La lettre de liaison à J-0 doit garantir la continuité des soins, en tant que composante du dossier médical.
- La HAS a émis des recommandations sur la structuration de ces documents : lettre de liaison à la sortie mais également dossier de liaison d'urgence (DLU) pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et plus récemment pour les personnes en situation médico-sociale complexe à domicile [86].
- La HAS a aussi développé des indicateurs qualité lettre de liaison à la sortie (indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO-V2019 et à la sortie de SSR-v2020) intégrés à la certification. La HAS travaille sur des indicateurs qualité de la lettre à l'entrée.
- Enfin, elle a également promu des activités renforçant la communication intersectorielle de type conciliation médicamenteuse⁷, la mise en œuvre de celle-ci étant valorisée dans la certification et dans les CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins).

Concernant les échanges entre l'hôpital et la ville, plusieurs problèmes importants persistent cependant :

- Malgré le décret et les indicateurs qualité, la LLS « ce réflexe indispensable à la bonne coordination du parcours ne semble pas encore acquis » cf. rapport FHF 2018 « renforcer les liens entre la ville et l'hôpital ». En effet, seuls 23% des établissements de santé ont atteint un niveau « satisfaisant » de qualité de la LLS et un quart ont un score entre 0 et 34%. Les points les plus défaillants concernent la remise de la lettre au patient et les informations sur le traitement médicamenteux (cf. Rapport HAS des résultats nationaux de la campagne 2019). Ces résultats sont confortés par la mesure par les patients de leur expérience et satisfaction sur l'organisation de la sortie : en 2019 : 1 tiers des patients n'a reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter l'hôpital ou le médecin, et près d'un patient sur 10 n'a reçu aucune information sur son

⁷ La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient, autour d'un dialogue, et repose sur le partage d'informations et sur une coordination des différents professionnels qui l'entourent. (Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>).

traitement à la sortie et en 2020 : 1 patient sur 5 juge l'organisation de sa sortie (annonce de la date de sortie, destination à la sortie) de « moyenne » à « mauvaise » (enquête e-Satis).

- **Les destinataires sont** les médecins (médecin traitant et ayant adressé le patient à l'hôpital le cas échéant) mais **pas les premiers professionnels de santé qui contribueront à la prise en charge du patient à sa sortie, comme le pharmacien ou l'IDE**. Ce défaut d'information, notamment sur les traitements médicamenteux à la sortie et les motifs des modifications effectuées par les hospitaliers contribue au risque de rupture et d'erreurs médicamenteuses (le volet médicamenteux de la LLS n'est jamais joint automatiquement à la lettre de liaison dans 34% des hospitalisations et ce volet n'est transmis au pharmacien d'officine que dans 16% des cas [87]). Il est **d'autant plus préjudiciable que le patient est en situation de vulnérabilité, le pharmacien d'officine étant la personne ressource principale de ces patients**. « *La pharmacie est devenue l'interlocuteur de santé dans les zones défavorisées, le lieu ouvert, le conseil gratuit. Le pharmacien est souvent cité comme un référent santé, celui à qui on parle en premier de ses problèmes de santé.* » [52].
- De plus, si le décret s'applique *a priori* à toute hospitalisation y compris ambulatoire, les **recommandations et indicateurs de la lettre de liaison ne concernent que les séjours de plus de 24 heures. En dehors de la lettre de liaison à la sortie, les recommandations de la HAS concernant le type et la structure des informations partagées en vue d'éviter les ruptures dans le parcours des patients concernent le DLU-EHPAD et plus récemment DLU-Domicile**. Ces documents visent à sécuriser la prise en charge des résidents d'EHPAD et des patients en situation complexe et/ou de handicap quel que soit l'âge à domicile **dans le cadre de l'urgence uniquement**.

Pour les échanges entre professionnels de ville si la réglementation a évolué pour préciser les conditions d'échange et partage d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social ainsi qu'au sein d'une équipe de soins [88] [89], elle n'impose pas un cadre « qualité » d'informations échangées aussi fort qu'entre ville et hôpital.

Ainsi, la médecine ambulatoire (hospitalière ou en ville) bénéficie d'un cadre réglementaire définissant les règles de communication (qui peut échanger quelles informations et *via* quel support) mais pas de cadre de référence concernant la qualité des informations échangées qui est donc **personne-dépendante**.

Cette communication potentiellement défailante induit non seulement des **risques pour le patient** (par exemple risques d'erreurs médicamenteuses par méconnaissance d'un traitement prescrit par un confrère) mais aussi des **risques de « détournement de patientèle » préjudiciables au patient et à la coopération professionnelle**. Ainsi par exemple « *l'adressage (dans certains HDJ) est le plus souvent réalisé après une première consultation à l'hôpital. Il semblerait que l'information du médecin traitant sur le déroulement de la prise en charge ne soit pas systématiquement opérée, ni sur sa réévaluation. (...). Autrement dit, il y a à partir de l'admission, une captation du patient par l'hôpital sans réévaluation périodique de ses besoins avec son médecin traitant* » [56].

Alors que la visée du virage ambulatoire est d'optimiser les parcours ce qui implique d'optimiser les organisations, **son déploiement et sa mise en œuvre ne doivent se faire qu'en assurant qu'au contraire ils ne risquent pas de favoriser des parcours inappropriés et une moindre coopération entre les professionnels**. Le virage ambulatoire, comme le souligne Martine Bungener, a, d'un côté des effets « *bénéfiques, en tant que facteur partiel de transformation de la médecine de ville avec les pôles de santé et les réseaux ; de l'autre, la collaboration est souvent ressentie comme dominée.* » [62].

De plus, comme les autres secteurs du système de santé, la médecine ambulatoire **pâtit de la multiplicité des SI, de la diversité de leurs usages qui sont de réels freins à une interopérabilité pourtant nécessaire** pour un partage sécurisé d'informations.

À noter que :

- Le programme **e-parcours** devrait faciliter la mise en œuvre du volet numérique de la transformation du système de santé de santé “Ma santé 2022”. En effet, il propose un volet de financement de projet organisationnels et numériques en soutien aux collectifs de soins coordonnés (CPTS notamment) et aux DAC. Il vise à :
 - Réussir la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires entre les professionnels du sanitaire, médico-social et social via le déploiement et l'usage de services socles (DMP : Dossier Médical Partagé, MSS : Messagerie Sécurisée de Santé, ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources et e-prescription), l'usage de services d'échange et de partage sécurisés, et dans une articulation étroite avec la mise en œuvre du programme HOP'EN (ouverture des Systèmes d'Informations Hospitaliers vers la ville et le médicosocial).
 - Contribuer à l'architecture cible des systèmes d'information de santé développé par la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS), en lien avec la mise en place de l'espace numérique de santé de l'usager, et la mise à disposition des services numériques aux professionnels, via le bouquet de services dédié. Ce dernier comprend l'ensemble des services pertinents pour l'exercice de leur profession, au sein d'un espace sécurisé.
- **« Le manque d'écoute réciproque, souvent dénoncée, n'est pas seulement lié à l'absence d'outils et ne se résoudra pas seulement en mettant en place des outils plus performants ; cette écoute suppose en préalable de définir ensemble le contenu de ce qui doit être partagé et comment ce partage doit être effectué en fonction des contraintes d'activité de chaque interlocuteur, sans préjugé de domination et d'importance des uns sur les autres »**
« Il est plus utile et plus efficace de penser les trajectoires de soins et le contenu des informations nécessaires à une bonne communication et à un partage des pratiques. Il est également important d'identifier l'interlocuteur (hospitalier ?) de confiance disponible pour être contacté lors du retour à domicile ou par le médecin traitant voire d'envisager des modèles nouveaux d'intermédiaires tels que l'infirmière Asalée ou les patients formateurs (logique de pairs). » [62]. Ainsi travailler sur les contenus échangés s'avère primordial afin de sélectionner précisément les informations nécessaires à la sécurité et à la qualité du parcours du patient pour chaque professionnel. L'idée en effet est aussi d'éviter la multiplication du nombre d'informations tracées qui peut être contre-productive en induisant un phénomène de saturation cognitive. Si ces informations essentielles sont bien définies, elles pourront être identifiées comme telles par le logiciel métier du praticien et lever ainsi sa charge mentale. À terme leur transmission pourra se faire via l'espace santé numérique du patient.

c. La coordination entre les professionnels est en cours de structuration mais des problématiques de territoire sont à anticiper

Plusieurs évolutions sont favorables à la structuration des organisations et à la coordination des professionnels :

- **Au niveau des établissements de santé, les groupements hospitaliers de territoire (GHT),** créés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, représentent une étape importante pour **structurer l'offre hospitalière publique sur son territoire.**
- **Au niveau des professionnels de ville, plusieurs modes d'exercice coordonné** sont possibles :

a) **les équipes de soins primaires** (MSP, Centres de santé et Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient ESP CLAP dans certaines territoires expérimentaux). Ces équipes, constituées autour de médecins généralistes de premier recours, contribue à la structuration des parcours de santé via son projet de santé qui « *a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.* » (Article L1411-11-1 du Code de la santé publique).

Elles répondent ainsi aux besoins de :

- Prise en charge coordonnée des patients notamment les personnes en situations complexes impliquant un suivi pluriprofessionnel (patients polypathologiques, populations en situation de précarité économique et sociale, etc.).
- Prévention et éducation à la santé.
- Renforcement des liens entre professionnels et d'amélioration des conditions d'exercice ce qui répond aux souhaits de nombreux professionnels, notamment les plus jeunes et peut ainsi favoriser leur installation dans des zones fortement déficitaires.

b) Les professionnels du second recours peuvent être membres d'une MSP (Article L.1411-12 du Code de la santé publique) ou encore se constituer en **équipe de soins spécialisés.**

- **Au niveau des professionnels de ville et de l'hôpital, les CPTS** (dont le concept est développé en 2016 mais reconsidéré à l'occasion de la SNS 2018-2022⁸) représentent le niveau « territorial » de coordination des professionnels avec une visée populationnelle (et non plus une visée patientèle comme dans l'exercice coordonné). En effet, « *La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* » (article L 1434-12 du code la santé publique) ». L'objectif est que 1 000 CPTS couvrent le territoire à l'horizon 2022. Le principal levier de déploiement semble être l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des professionnels de santé en juin 2019. Ce choix de « laisser la main aux représentants des professionnels » a l'avantage de permettre l'appropriation par les acteurs de ces nouvelles missions et de laisser libre les organisations pour qu'elles soient le mieux adaptées à leurs besoins. Néanmoins elle engendre deux difficultés : parfois le délicat positionnement des ARS entre le respect des dynamiques territoriales et les injonctions politiques et le risque d'accentuer les postures

⁸ La SNS 2018-2022 mentionne : « Soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans. ».

institutionnelles entre URPS et ARS qui « *pourraient être de nature à recréer les conditions d'un cloisonnement entre la sphère d'administration de la santé et la sphère opérationnelle du soin* » [90]. D'après les personnes auditionnées, ces difficultés sont toutefois à nuancer en fonction des régions. En revanche tous ont constaté que la structuration en CPTS est très largement facilitée lorsque les équipes qui la portent étaient déjà investies dans une forme d'exercice coordonné.

- Enfin, **les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)**, instaurés par l'article 23 de la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019, visent à unifier l'ensemble des dispositifs d'appui aux parcours présents sur un même territoire (réseaux de santé, MAIA, plateformes territoriales d'appui (PTA) et coordinations territoriales d'appui (CTA)) [91]. Cette unification devrait être déployée partout en France d'ici à juillet 2022 avec un pilotage par les ARS. L'objectif est de rendre plus simple d'accès tous ses dispositifs d'accompagnement souvent méconnus, sous-utilisés car peu lisibles pour les professionnels du fait de leur nombre, leur découpage territorial variable et du manque d'articulation entre eux.

Le DAC a pour missions de :

- venir **en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes** liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Le DAC apporte une information sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles au sein du territoire et/ou un appui à l'organisation des parcours (conseils, assistance technique, planification du suivi).
- Intervenir pour des situations complexes nécessitant une coordination renforcée ou appui ponctuel. Ils concernent un petit nombre de personnes ;

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) restent la porte d'entrée pour répondre aux problématiques sociales des usagers (patients et aidants). Ils doivent s'articuler avec les DAC (et dans certaines situations peuvent s'y associer). À terme un guichet unique pour les usagers est envisagé (c'est l'un des objectifs de la mission « parcours autonomie ») regroupant l'ensemble des aides sociales (dont habitat APA, caisse de retraite...) et juridiques (expertise). Ce guichet remplirait le besoin « d'un référent parcours » pour le patient : une ressource identifiable avec un visage.

Le territoire du DAC est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante [92]. Selon le panorama de l'ANAP, en septembre 2020, sur les 118 DAC constitués ou en cours de constitution, 45% étaient départementaux et 49% infra-départementaux). De même sa structure juridique peut être variable (91 % des DAC constitués à ce jour sont des associations) [93].

Ainsi, des dispositifs sont mis en place pour structurer la coordination des professionnels à l'intérieur de chaque secteur de soins :

- les GHT pour les établissements de santé mais l'absence d'intégration du secteur libéral hospitalier et le fait qu'ils ne disposent pas de personnalité morale en limitent la portée [94]
- les structures d'exercice coordonnées en ville qui peuvent être de nature publique ou privée et associer dans certaines formes, 1^{er} et second recours. Néanmoins, elles se structurent

autour de leur patientèle indépendamment les unes des autres, ce qui limite leur impact pour réduire les inégalités territoriales de santé

La coordination entre la ville et l'hôpital est notamment rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels. La médecine de ville et l'hôpital n'ont encore que rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires.

Le dispositif de CPTS en lien avec les DAC peut répondre à cet enjeu d'organisation et de structuration des soins à un niveau territorial et donc favoriser une accélération du virage ambulatoire à la fois en veillant à la sécurité et en réduisant les ISTS.

Cependant plusieurs difficultés sont à anticiper :

- **le dispositif réglementaire ne prévoit pas de coordination entre GHT et CPTS.** S'assurer d'une synergie entre ces deux dispositifs est donc nécessaire.
Les zones d'interfaces entre les CPTS et les GHT peuvent se développer au sein de plusieurs instances. Les conseils territoriaux de santé, qui ont pour mission de participer à la déclinaison des PRS en particulier sur l'organisation des parcours de santé, peuvent favoriser une mise en cohérence et un décloisonnement entre les acteurs. Les comités territoriaux de recherche peuvent être le lieu d'élaboration et de partage des diagnostics territoriaux.
- **la problématique de la définition du territoire :** GHT, CPTS, DAC et CLIC ont tous des territoires géographiques différents. Une attention sur leurs définitions respectives est nécessaire pour assurer leur cohérence. Comme le soulignait déjà le rapport GHT du HCSP *« La LMSS fait référence à plusieurs reprises à la notion de « territoires ». Cette préoccupation de répondre aux besoins en santé de la population d'un territoire fait suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009 (dite loi Hôpital patients santé territoire ou HPST) qui prévoyait des dispositifs territoriaux. On peut toutefois remarquer que, si les interactions entre le système hospitalier et son territoire sont un objectif (par exemple Chapitre V : Ancrer l'hôpital dans son territoire), le territoire n'est probablement pas le même selon les dispositifs considérés. Il existe ainsi des territoires de démocratie sanitaire et des territoires dans lesquels s'inscrivent les GHT. Parfois le périmètre du territoire n'est pas précisé. Cette présence récente du territoire dans la politique hospitalière doit permettre d'organiser l'offre en fonction des besoins de la population. C'est d'ailleurs l'objet même de la loi de janvier 2016 qui réaffirme dans son article 1 l'importance « d'améliorer l'état de santé de la population » et de « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ».* Il est intéressant de noter que dans l'expérience de l'ARS HDF que les territoires opérationnels pour gérer la crise du Covid-19 étaient superposables aux territoires numériques en santé (cf. infra chapitre dédié à la crise du Covid-19).
- **la place des ARS dans la structuration des CPTS** est à mieux définir en laissant les professionnels de terrain principaux acteurs de cette structuration. Les déficits d'offre de soins notamment de second recours dans un secteur doivent pouvoir être compensés par l'autre
- **l'accompagnement de ces acteurs dans ce « passage d'une culture du soin à une culture de santé »** notamment dans les domaines de gestion de projet et de santé publique [90]. Il existe en effet un enjeu d'acculturation des professionnels libéraux à la santé publique notamment pour le développement de diagnostics ou le recueil et le traitement des données, nécessaires pour structurer des projets territoriaux de santé.

Plusieurs autres initiatives ou dispositifs tendent à consolider la coordination ville/hôpital :

- Le développement de postes partagés (CPTS/structures hospitalières)
- La formation de coordinateur de soins primaires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), d'abord dédiée aux MSP puis étendue aux CPTS, qui vise à appréhender la gestion de projets, la gestion des ressources humaines, les systèmes d'information ou encore l'organisation des parcours
- La formation des étudiants en deuxième cycle de médecine avec des stages au sein de CPTS. Au-delà du stage en cabinet, à l'instar de ce qui est déjà réalisé à la CPTS ASNC, les étudiants pourraient bénéficier de journées de découvertes auprès de différents acteurs de la CPTS et de ses partenaires comme le DAC (par exemple journée en équipe mobile Alzheimer, dans un réseau de santé, auprès d'un ergothérapeute, etc.) ce qui leur permettrait de connaître mieux les missions de ces structures et professionnels et donc à terme faciliter la coopération avec eux et de mieux percevoir ce que pourrait être leur rôle de coordination des soins.

Une expérience inspirante d'amélioration de la coordination : l'infirmier coordinateur en cancérologie (IDEC)

Les prises en charge des patients atteints de cancer suivent le « virage ambulatoire » (chimiothérapie orale, chirurgie ambulatoire, radiologie interventionnelle, radiothérapie hypofractionnée, etc.). L'un des objectifs du plan cancer 2009-2013 était d'« assurer des prises en charge globale et personnalisée ». Il avait pour ambition de continuer à : « [...] concevoir des parcours pendant et après le cancer, personnalisés et coordonnés, afin d'assurer une prise en charge de qualité pour tous », autrement dit d'améliorer les parcours de soins des personnes atteintes de cancer. La mesure 18 proposait la mise en place d'infirmiers coordonnateurs de soins (IDEC), afin d'améliorer le parcours de soins des malades en assurant l'interface entre ceux-ci et les professionnels de santé. En d'autres termes, l'IDEC s'avère « l'interlocuteur privilégié des malades [...] afin de mieux répondre à leurs besoins, de simplifier et rendre lisible leur parcours de soins ». Trente-cinq expériences pilotes à travers le territoire français ont permis l'ouverture des postes d'IDEC et l'inclusion de 9 287 patients dans ce dispositif. Les effets positifs du dispositif étaient constatés dès la première évaluation du dispositif (à 1 an de sa mise en œuvre) : meilleure information et personnalisation à l'entrée et le suivi du parcours et meilleure prise en compte du volet social côté patient mais un impact sur la coordination ville/hôpital encore incertain [95]. Le Plan cancer 2014-2019 a retenu de poursuivre une deuxième phase, centrée sur trois enjeux : coordination des professionnels hospitaliers et libéraux, repositionnement des IDEC sur les situations complexes, élargissement à 10 équipes de ville. Il n'y a pas de rapport d'évaluation disponible sur cette nouvelle phase expérimentale. Un travail sur les nouveaux métiers de la coordination de l'EHESP [96] permet de mieux cerner la variété des profils et missions de ces acteurs :

- Dans les établissements de l'AP-HP qui avaient répondu à ce second appel à projets de l'INCa en 2010, on retrouve deux types de missions : « A) Les missions spécifiques à l'annonce : organiser et assurer les consultations d'annonce infirmière suite à la consultation avec l'oncologue. B) Les missions spécifiques à la coordination : assurer, tout au long du parcours de soins, le lien entre le patient et les lieux divers de prise en charge thérapeutique, être l'interlocuteur privilégié en oncologie pour les patients, les proches, médecins, intervenants de soins de support et l'ensemble des partenaires extérieurs ». Les IDEC sont positionnés soit à l'intérieur des services de soins (hôpital Saint-Antoine) soit auprès de la direction des soins (hôpital Bicêtre).
- À Gustave Roussy un service dédié à la coordination des soins externes (CSE) a été créé en 2003 sur l'impulsion de la direction des soins. Logiquement les IDEC de coordination ont été

positionnés sur ce service. *« Elles évaluent si les conditions sont réunies pour un retour à domicile. Les infirmières préparent les ordonnances de sortie avec les médecins. Elles prennent contact et coordonnent les acteurs locaux (professionnels de santé libéraux, médecin traitant, pharmacien, réseaux d'oncologie, service d'HAD, etc.). »* A noter que si l'expérience clinique en cancérologie de ces acteurs est forte, ils n'ont par contre pas reçu de formation spécifique à la coordination, le compagnonnage étant privilégié comme méthode d'apprentissage.

Pour les acteurs auditionnés pendant notre travail, les IDEC se sont imposés comme des interlocuteurs privilégiés dans la prise en charge et dans la coordination ville/hôpital et ils n'imaginent plus pouvoir s'en passer.

Dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 on retrouve cette volonté de coordination, même si les IDEC ne sont pas expressément nommés, à travers l'action II-9-1 *« Mettre en place une gradation du suivi ville / hôpital des patients, s'inscrivant dans une ambition nationale autour de la coordination »* [97]. Par ailleurs, les IDEC sont des acteurs clés du projet d'expérimentation de suivi à domicile des patients sous thérapies orales (art 51 autorisé depuis le 9 décembre 2020) qui débute dans 45 sites expérimentaux et qui vise à améliorer la qualité du suivi des patients sous thérapies orales à domicile et baisser la consommation des soins et des biens médicaux liés aux complications et suivi du traitement de ces patients.

L'intérêt de ce nouveau métier semble faire consensus comme un appui nécessaire (mais pas suffisant) à une coordination dont l'importance augmente avec les prises en charge ambulatoires. Le problème majeur est l'absence de financement dédié de ces IDE de coordination hors expérimentation. En corollaire, leur positionnement professionnel et statutaire gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations voire de les pérenniser.

Ainsi **cette nouvelle profession axée sur la coordination des parcours des patients atteints de cancer pourrait être un modèle pour d'autres parcours dans lesquels les patients sont amenés à faire des séjours/consultations réguliers hospitaliers** (ex : maladie rare, insuffisance d'organe sévère, ...). Ces IDEC pourraient être positionnés dans les CPTS.

Une expérience inspirante d'amélioration de la qualité des parcours : la Cellule territoriale d'expertise qualité

La CPTS ASNC⁹ a mis en place une cellule d'expertise qualité territoriale qui travaille sur un ensemble des parcours et vise à diffuser et à harmoniser la culture qualité chez toutes les parties prenantes de la CPTS.

Cette cellule :

- met à disposition des compétences des qualitiens des établissements de santé et des ESMS pour l'ensemble des acteurs du territoire
- a mis en place des fiches événements indésirables entre la ville et l'hôpital pour que les professionnels de ville puissent échanger sur les erreurs ou les situations de mauvaise gestion hospitalière (l'hôpital ne dispose pas de mesure de la satisfaction des

⁹ La CPTS de Mauriac (Cantal), constituée le 12 novembre 2018, a été l'une des premières de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Opérationnelle depuis juillet 2019, son territoire regroupe les communautés de communes, du pays de Mauriac, de Sumène-Artense, du Pays Gentiane et du Pays de Salers. Il s'agit d'une CPTS de taille 1 (29 000 habitants), située sur un territoire rural étendu avec la moyenne d'âge la plus élevée de la région et une patientèle polypathologique et précaire.

correspondants externes, ce qui ne lui permet pas de s'inscrire dans une démarche globale d'amélioration de la qualité)

- a pour projet la mise en place de REX intersectoriels (ville-hôpital) pour lesquels la CPTS pourrait se positionner en médiateur.

Enfin si la coordination est un objectif, elle n'est qu'une étape vers ce qui est attendu par et pour les patients : un véritable travail collaboratif des professionnels et non simplement coordonné. Si la coordination consiste à définir le meilleur agencement de tâches préalablement réparties en vue d'élaborer un ensemble cohérent, l'OMS définit la pratique en collaboration dans les soins de santé « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention* ». Cette collaboration interprofessionnelle suppose la connaissance de l'autre professionnel, son champ de pratiques ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives. Or les formations initiales comme continues des professionnels de santé sont encore trop souvent mono-professionnelle. En outre, les professionnels de santé d'un même territoire ne se connaissent pas nécessairement, ils n'ont pas (sauf dans les structures d'exercice coordonné ou en établissement de santé et médico-social) de temps et endroit dédiés formalisés pour échanger à plusieurs professionnels et ils ignorent parfois les différents appuis à leurs dispositions et/ou la manière et pour qui les solliciter (ex: réseau, équipe mobile, plateforme ou dispositif d'appui à la coordination). Enfin l'intégration des patients/usagers tant dans les formations que les réunions d'amélioration de pratiques des professionnels restent de l'ordre de l'expérimentation ou de l'exception alors même qu'elle est le gage que ce qui est fait soit bien centré et adapté au patient et souvent source d'innovation.

Des expériences inspirantes de collaboration ville/hôpital

A) Les projets responsabilité populationnelle de la Fédération hospitalière de France : FHF (art 51)

Menés dans le cadre des expérimentations IPEP (Incitation à une Prise En charge Partagée), ces projets, inspirés des modèles internationaux de l'« integrated care » et du « population health » ont un triple objectif :

- Une amélioration de la santé de la population
- Une amélioration de la prise en charge de chaque patient
- Et cela au meilleur coût pour la société

Ce triple objectif marque le changement de focale d'un système orienté vers le curatif à un système orienté vers la prévention et le maintien en santé.

En pratique deux parcours, diabète et insuffisance cardiaque sont travaillés dans 5 territoires centrés sur des GHT sélectionnés sur leur potentiel pour mener ce type de projet (taille/maturation SI et coopérations ville-hôpital existantes/non-CHU). La méthodologie est intéressante.

- Au niveau national : construction de strates médico-économiques pour chaque parcours patients (du patient à risque au patient le plus complexe) et pour chaque strate définition d'un algorithme de prise en charge optimale (définissant l'excellence clinique à atteindre) point sur la base de référentiels internationaux et des bonnes pratiques existantes, avec le concours et la validation de professionnels et de sociétés savantes.
- Au niveau territorial et opérationnel :
 - a. Validation des algorithmes par les experts locaux (modifications à la marge possibles)
 - b. Organisation de réunions cliniques avec les acteurs de la ville et de l'hôpital incluant des usagers et des patients permettant

- i. D'exposer les besoins et les pratiques actuels sur le territoire
- ii. Puis de réfléchir collectivement aux actions d'amélioration pour tendre « vers l'excellence clinique »

Ce type de dispositif est très mobilisateur (forte implication des professionnels dans les réunions cliniques), renforce la dynamique des secteurs ambulatoires hospitaliers en les adaptant aux besoins locaux (ex : HDJ délocalisé en MSP pour améliorer la proximité) et présente un fort potentiel d'amélioration de la pertinence des soins et d'amélioration de la coordination (chaque professionnel est plus au clair sur qui fait quoi et à quel moment et les modalités et contenus des informations échangées).

Les limites :

- Non prise en compte de la vulnérabilité sociale dans la conception des strates (et non repérage systématique en pratique alors que déterminant majeur en termes de morbidité)
- Positionnement des algorithmes vis-à-vis des recommandations nationales (qui ne prennent pas en compte les recommandations internationales et donc la responsabilité des acteurs qui suivent ces algorithmes)
- Problématique de la veille et de la mise à jour de ces algorithmes et ensuite de leur diffusion et d'adaptations potentielles des pratiques qui en découlent
- Reproductibilité du modèle dans des territoires moins avancés en termes de collaboration professionnelle, moins matures en termes de SI ou dans les territoires CHU- centrés ?
-

B) Les réunions hôpital/ville autour des sorties d'hôpital de la CPTS ASNC

La CPTS ASNC¹⁰ a mis en place des réunions de professionnels de santé autour de la thématique des sorties d'hôpital. Chacun des acteurs au cours de ces réunions peut exprimer ses besoins, ses attentes, les difficultés rencontrées à la sortie de l'hôpital. Ces premières réunions ont abouti à l'élaboration d'une nouvelle trame macro-cible infirmière qui combinent les besoins des équipes hospitalières et de ville. Un même travail sur la LLS est en cours avec la mise en perspective par rapport aux recommandations de la HAS. À ce jour les patients/usagers ne sont pas impliqués dans ces réunions mais c'est un objectif à moyen terme.

Dans ces deux exemples, les points clés qui favorisent la collaboration interprofessionnelle sont :

- Partir sur une problématique concrète qui concerne tous les professionnels – si possible simple au départ pour favoriser un succès commun et s'engager vers des actions de plus grande envergure
- L'importance des données de diagnostic territorial favorise la prise de conscience de la problématique sur laquelle le groupe a décidé de travailler, mobilise les acteurs et leur donne la possibilité de voir l'impact de leurs actions
- L'importance de référentiels de bonnes pratiques qui font consensus
- L'importance de la réflexion collective pluriprofessionnelle intersectorielle, intégrant au maximum les usagers et les patients

¹⁰ La CPTS de Mauriac (Cantal), constituée le 12 novembre 2018, a été l'une des premières de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Opérationnelle depuis juillet 2019, son territoire regroupe les communautés de communes, du pays de Mauriac, de Sumène-Artense, du Pays Gentiane et du Pays de Salers. Il s'agit d'une CPTS de taille 1 (29 000 habitants), située sur un territoire rural étendu avec la moyenne d'âge la plus élevée de la région et une patientèle polypathologique et précaire.

- L'importance de pouvoir avoir les mains libres pour innover tant sur le plan organisationnel que financier
- L'importance du SI mais qui vient dans un deuxième temps après une définition du contenu et des usages attendus (le SI n'est pas le but mais un moyen).

Préconisation n°19 : Développer des outils de data-visualisation à visée nationale, régionale, territoriale et établissement, à l'instar de VISUCHIR, permettant de bénéficier :

- D'une « cartographie opérationnelle des ressources » de la médecine ambulatoire hospitalière et de l'offre de second recours en ville, exhaustive et mise à jour régulièrement. Cette cartographie devrait être accessible et facile d'utilisation par les professionnels de santé, les institutions, et les usagers avec plusieurs niveaux d'analyse (au niveau d'un établissement, à l'échelle territoriale, régionale et nationale).
- D'un « potentiel en médecine hospitalière ambulatoire » territorialisé prenant en compte les spécificités géographiques, socio-environnementales et d'offres.

L'offre en médecine ambulatoire hospitalière comme celle de second recours en ville est peu lisible pour les usagers, les professionnels de santé et les institutions de régulation comme les ARS. Ceci peut conduire à des parcours non pertinents, des pertes de chance pour le patient et d'efficience pour le système de santé. Ceci aussi empêche de voir la complémentarité ou non de ces offres ce qui rend le pilotage du « virage ambulatoire » en médecine particulièrement complexe.

Par ailleurs les spécificités géographiques d'un territoire, en termes de population et de ressources en professionnels de santé, social et médico-social, peuvent rendre excessif ou au contraire sous-dimensionné l'objectif national de développement de la médecine ambulatoire.

Un outil structuré commun avec une vision de la « potentialité » de développement de l'ambulatoire en médecine est donc nécessaire afin de pouvoir « territorialiser » l'objectif à atteindre par territoire.

Préconisation n°20 : À l'instar de ce qui est fait pour les hospitalisations en médecine et de chirurgie de plus de 24 heures et en chirurgie ambulatoire, établir des indicateurs de qualité de la lettre de liaison à la sortie d'un séjour hospitalier de moins de 24 h.

Préconisation n°21 : Évaluer qualitativement les freins à la mise en œuvre de la lettre de liaison à la sortie et proposer des modifications, voire des simplifications à son contenu.

Préconisation n°22 : Réglementer la transmission des informations de sécurité (notamment les informations sur la prise en charge médicamenteuse) à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge immédiate du patient lors de sa sortie d'hospitalisation et non aux seuls médecins (aux pharmaciens et aux IDE pour les médicaments par exemple).

Les lettres de liaison à l'entrée et à la sortie d'un patient de l'hôpital sont les supports de sécurisation du parcours par la transmission des informations nécessaires et suffisantes aux professionnels de santé afin qu'ils prennent en charge le patient de manière optimale. Le décret du 20 juillet 2016 définit réglementairement les informations devant figurer dans ces documents quelle que soit la durée de l'hospitalisation. Des indicateurs de qualité et sécurité concernant la LLS pour la chirurgie ambulatoire et les séjours en médecine >24 h ont été développés par la HAS et intégrés à la certification. Cependant la LLS reste le point faible d'une grande majorité d'établissements y compris en chirurgie ambulatoire. Outre l'insatisfaction des patients, elle peut contribuer à leur mise en danger comme en témoignent les enquêtes e-Satis et l'enquête de satisfaction HCSP/France Assos Santé).

L'évolution de la nomenclature implique plus fortement les infirmier(e)s de ville, le retour à domicile des patients étant optimisé, notamment dans le cadre de prise en charge ambulatoire plus lourde et plus complexe. Pourtant les destinataires de ce document sont uniquement le(s) médecin(s) du patient et non pas les professionnels de santé qui contribuent à la prise en charge du patient à sa sortie, en premier lieu le pharmacien ou l'IDE ce qui accentue le risque de rupture et donc d'erreurs en particulier dans la thérapeutique médicamenteuse.

Il est précisé que le patient a la possibilité de s'opposer à ce que les professionnels de santé soient informés de son état de santé, ce qui est constitutif d'un risque, dans la mesure où les informations sont diffusées dans son intérêt. Ceci implique, lors du recueil du consentement du patient au partage de ses données, que les professionnels lui expliquent l'importance de ce partage pour sa sécurité.

Préconisation n°23 : Définir le statut professionnel et assurer un financement pérenne des IDE de coordination, notamment en cancérologie et promouvoir ce nouveau métier pour les autres parcours ambulatoires nécessitant des recours itératifs hospitaliers (donc avec des risques de rupture multiples).

Les prises en charge des patients atteints de cancer sont un modèle de « virage ambulatoire » (chimiothérapie orale à domicile, chirurgie ambulatoire, radiologie interventionnelle, radiothérapie hypo-fractionnée, etc.). Afin d'améliorer leurs parcours de soins, ont été mis en place à titre expérimental depuis 2009 des infirmiers coordonnateurs de soins qui renforcent l'interface entre les professionnels et les patients. Initialement davantage centrés sur le dispositif d'annonce et le parcours intra hospitalier, leur mission évolue vers plus de sécurisation du lien hôpital/ville et être référent de première ligne pour ces patients. Mais si l'intérêt de ce nouveau métier semble faire consensus et appuie logiquement une coordination dont l'importance augmente avec les prises en charge ambulatoires, le problème majeur est l'absence de financement dédié de ces IDE de coordination hors expérimentation. En corollaire, leur positionnement professionnel et statutaire gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations voire de les pérenniser.

Par ailleurs, cette nouvelle profession axée sur la coordination des parcours des patients atteints de cancer pourrait être un modèle pour d'autres parcours dans lesquels les patients sont amenés à faire des séjours/consultations réguliers hospitaliers (ex : maladie rare, insuffisance d'organe sévère, ...). Le poste d'IDEC serait idéalement dans les CPTS pour éviter l'écueil d'être détourné de leurs missions premières en cas d'attribution de poste dans une structure de soin.

Préconisation n°24 : Privilégier les actions pédagogiques pluriprofessionnelles et intersectorielles en formation continue comme en formation initiale des professionnels de santé, en assurant par exemple certaines formations au sein des CPTS avec des journées d'immersion auprès des acteurs non hospitaliers (dispositifs d'appui à la coordination (DAC), équipe mobile au domicile, etc.).

Préconisation n°25 : Encourager les réunions d'amélioration des pratiques intersectorielles pluriprofessionnelles associant usagers et patients (avec l'indemnisation de la participation des patients et des professionnels à ces réunions).

Dépasser la coordination pour arriver à la collaboration des professionnels est l'objectif final de la prise en charge optimale des patients. Ceci implique la connaissance de l'autre professionnel, son champ de pratiques ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives. Or les formations initiales comme continues des professionnels de santé sont souvent mono-professionnelle. En outre, les professionnels de santé d'un même territoire ne se connaissent

pas nécessairement, ils n'ont pas (sauf dans les structures d'exercice coordonné ou en établissement de santé et médico-social) de temps et d'endroit dédiés pour échanger entre professionnels et ils ignorent parfois les ressources à leur disposition, la manière de les solliciter et pour quel bénéficiaire (réseau, équipe mobile, plateforme ou dispositif d'appui à la coordination, ...). Enfin, l'intégration des patients/usagers dans les formations et les réunions d'amélioration de pratiques des professionnels est expérimentale ou exceptionnelle, alors même qu'elle est la condition de l'adéquation aux besoins du patient et souvent source d'innovation.

Préconisation n° 26 : Développer la coordination territoriale entre les CPTS, GHT, DAC et le futur guichet unique patient. En pratique,

- la gouvernance pour chaque territoire doit associer l'ensemble de ces acteurs ainsi que les représentants d'usagers et d'associations de patients
- et le projet e-parcours être partagé entre ces instances de coordination

Plusieurs organisations ont été ou sont mises en place pour structurer la coordination des professionnels : GHT, structure d'exercices coordonnés, CPTS, DAC, ... Mais les territoires de chacune de ces organisations ne sont ni superposables ni forcément complémentaires. Seule la CPTS a la vocation de réunir les professionnels de tous les secteurs ainsi que du sanitaire, social et médico-social en associant les usagers avec une visée populationnelle. Mais les établissements de santé publics qui y sont associés font également partie d'un GHT avec un autre territoire et des objectifs potentiellement différents. Les DAC peuvent être en appui de plusieurs CPTS voire de GHT. Parallèlement la communication entre les professionnels est la base incontournable de la coordination entre eux : le Système d'Information (SI) doit appuyer et non complexifier la coordination. Il est donc nécessaire d'établir une cohérence entre ces différences instances de coordinations *via* la gouvernance et le SI.

4 Le financement du virage ambulatoire

Dans son rapport 2018, la Cour des comptes indique que « **De manière générale l'impact financier du virage ambulatoire est incertain** ». Cette conclusion s'appuie sur deux constats :

- « Des économies à l'hôpital inférieures aux attentes du fait d'une réorganisation insuffisante de l'offre de soins hospitalier »
- « Un dynamisme des dépenses de ville que le virage ambulatoire ne suffit pas à expliquer. En définitive, certains aspects du virage ambulatoire favorisent la hausse des dépenses de soins de ville, tandis que d'autres pourraient limiter leur croissance. Ces effets, divergents sans être contradictoires, ne permettent pas d'apprécier de manière précise la portée du virage ambulatoire sur le rythme d'évolution des dépenses de ville. »

L'enjeu est donc bien de faire du virage ambulatoire un choix d'organisation en faveur de la qualité des soins des patients à un coût maîtrisé pour l'assurance maladie. **Les coûts nécessaires au développement de ce virage ambulatoire, sécurisé et accessible à tous, seraient donc compensés via l'amélioration de la pertinence des parcours (diminution du recours évitable et inapproprié à l'hospitalisation).**

- **Concernant le développement des secteurs ambulatoires hospitaliers**, l'offre a stagné jusqu'à présent du fait notamment d'un manque d'incitation financière. Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport en 2018 « Les séjours HDJ représentent une fraction stable du nombre total de séjours hospitaliers en médecine (23,8 % en 2017, contre 23 % en 2012 et 2016). Cette part a légèrement augmenté pour les établissements privés lucratifs (de 18,4 % à 20 %) et non lucratifs (de 21 % à 24,8 %) ; en revanche, elle est restée stable pour les établissements publics (de 24 % à 24,3 %). Ceci s'explique par des modalités de tarification de la médecine hospitalière ambulatoire qui sont restées

défavorables à son développement, en raison d'une part, d'un important écart entre les tarifs ambulatoires et ceux d'hospitalisation conventionnelle de faible sévérité (rapport de presque un à trois en moyenne) et, d'autre part, de l'existence de tarifs ambulatoires inférieurs aux coûts constatés. En outre, des « bornes basses » restent en vigueur en médecine, ce qui envoie un signal désincitatif aux établissements. Ainsi, **le virage ambulatoire du système de soins annoncé par les pouvoirs publics s'est limité, dans les faits, à la mise en œuvre d'une politique financièrement incitative pour la seule chirurgie ambulatoire**". De plus, les leviers à disposition des ARS vis-à-vis des établissements de santé pour développer le secteur ambulatoire de médecine hospitalière sont à ce jour limités. L'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile permet de préciser les conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée [81].

Cette instruction présente plusieurs intérêts dans la perspective du virage ambulatoire :

- Elle vise à « sécuriser » la tarification des HDJ de manière graduée afin d'en favoriser le développement et d'éviter les désaccords habituels lors des contrôles de l'assurance maladie.
- Elle permet la prise en compte en hôpitaux de jour de prises en charge plus ou moins complexes mais ne relevant pas de la consultation externe.
- Elle y intègre la télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) ce qui peut contribuer à améliorer l'accès aux soins.
- Elle valorise le rôle des IDE de coordination en cancérologie ce qui contribue à la sécurité des parcours des personnes atteintes de cancer (et possiblement à d'autres IDE de coordination sur d'autres parcours complexe ?) et permet aussi d'anticiper les évolutions du rôle des HDJ en cancérologie liées au développement d'innovations thérapeutiques comme les chimiothérapies orales (réduction des HDJ « séances » et recentrage sur HDJ de bilan et renforcement de la coordination ville/H).
- Toutefois, cette instruction, même si elle est relative à la facturation et non à la sécurité et qualité des soins, aurait pu contribuer à la sécurité des prises en charge en empêchant les « séjours forains » d'HDJ car elle indique comme conditions de prise en charge au titre du GHS la nécessaire « Admission dans structure de type HDJ » mais un paragraphe module cet impact « De manière dérogatoire, pour les prises en charge de médecine visées au point iii du b et pour des raisons tenant à l'organisation de la prise en charge, le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité que la structure d'hospitalisation de jour ».

Les points restants des freins potentiels à un accès plus universel à cette médecine ambulatoire hospitalière sont les transports et les éventuels restes à charge des hébergements de proximité (cf. chapitre sur l'accessibilité).

- En ce qui concerne la modélisation économique d'activité partagée hôpital-ville, le principe d'un forfait « ambulatoire ville-hôpital » qui inciterait à la coopération, à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et à moindre dépense fait consensus, mais il reste à définir :
 - les modalités de partage de ce forfait entre hôpital et ville
 - la manière dont la qualité des soins peut être mesurée, notamment en ville
 - la manière dont les patients en situation de vulnérabilité sociale sont effectivement inclus dans ces dispositifs ambulatoires et les potentielles augmentations des restes à charge anticipées.

- **Pour les aspects du virage ambulatoire entièrement pris en charge en ville, des réflexions sont nécessaires sur le financement**
 - **Du reste à charge** pour qu'il ne soit pas un frein à l'accès aux dispositifs pour les personnes en situation de précarité
 - **Des prestations « socles » en termes de prévention mais actuellement non prises en charge par la sécurité sociale (psychologue, diététicien, APA) notamment pour les personnes les plus précaires**
 - **De la coordination du parcours du patient**
- **Au total l'outil tarifaire doit être un moyen pour reconstruire l'offre à partir des besoins de la population, encourager la coordination dans les organisations mises en place et pour assurer un accès de proximité à tous. De ce fait, sortir du seul paiement à l'acte semble nécessaire. En ce sens, les diverses expérimentations actuelles sur les modèles financiers des organisations en santé devraient être édifiantes :**
- **Les « expérimentations de l'article 51 » (i.e. l'article 51 de la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018). L'ambition de ces expérimentations est claire : la transformation du système de santé.** *« Le dispositif des expérimentations innovantes en santé s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements pour améliorer, la pertinence et la qualité des prises en charges. Il permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants »* Dans ces expérimentations sont à l'initiative des professionnels (la majorité), d'autres sont ministérielles (via AMI : appel à manifestation d'intérêt). En novembre 2020, 71 projets d'expérimentation avaient été autorisés, depuis l'ouverture des dépôts de dossiers en avril 2018, et 3 expérimentations antérieures à la loi réintégrées. Ces expérimentations se caractérisent par la diversité des publics, des pathologies ou des parcours ciblés. Au total, 54% des projets autorisés visent à améliorer la prévention, la prise en charge ou l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques et 50% ont des approches populationnelles [98]. Les financements dérogatoires actuellement expérimentés mobilisent 6 différents types de modèles de paiement. Parmi eux, le financement à la séquence ou à l'épisode de soins (un forfait collectif et global pour les différents acteurs qui interviennent dans une prise en charge spécifique pour un patient donné) est le plus fréquent (70%). D'autres modèles répondent à différents besoins, comme le paiement à la performance ou l'intéressement (paiements incitatifs basés sur l'atteinte d'objectifs qualitatifs/quantitatifs définis par différents indicateurs) ou le paiement populationnel (en fonction du nombre de patients).
- Ces différents modèles de financement peuvent être combinés dans le cadre d'un seul et même projet. Par ailleurs, pour certains projets, comme par exemple ceux lancés suite à l'AMI PEPS (paiement en équipe des professionnels de santé), le paiement est directement substitutif et remplace donc le paiement de droit commun.
- Chaque projet expérimental de ce dispositif bénéficie systématiquement d'une évaluation. Au plus tard dans les six mois suivant la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis au Comité technique puis au Conseil stratégique de l'innovation en santé (CTIS), pour avis notamment sur l'opportunité de la généralisation des expérimentations.
- **Dans ce cadre des expérimentations art. 51, les expérimentations IPEP** sont particulièrement intéressantes pour la réflexion sur le développement du virage ambulatoire car elles permettent à un groupement de professionnels de santé volontaires de se constituer sur un territoire pour définir des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle, afin d'améliorer notamment l'accès aux soins, la coordination des prises

en charge – en particulier ville-hôpital, la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention. Selon les résultats des différents indicateurs et sur la base des gains d'efficacité générés, ce groupement pourra être intéressé financièrement. Cet intéressement ne se substitue pas au paiement à l'acte et laisse le groupement libre dans son utilisation.

- **Le modèle organisationnel est laissé à la main des professionnels, avec l'objectif d'une meilleure coordination.** Pour cela, les professionnels, représentant une grande variété de métiers, sont incités à identifier les ruptures de parcours et les maillons manquants dans le lien ville-hôpital. Les CPTS peuvent être l'un de ces acteurs participant à l'expérimentation.
- **Le modèle financier est différent de celui des CPTS car il est fondé « au résultat » des actions de coordination et de structuration de tous les acteurs du lien ville-hôpital.** Deux dimensions de résultats sont prises en compte :
 - **L'amélioration de la qualité**, mesurée par des indicateurs avec un score associé à chaque degré d'amélioration dont l'évolution est observée d'une année à l'autre ;
 - **L'efficacité**, avec l'enveloppe de dépenses de la patientèle du groupement – actes, séjours, consommation de médicaments compris – qui est observée via l'évolution et l'écart par rapport à la dépense nationale. 50% de l'économie générée (le cas échéant) est reversée au groupement.

Les limites identifiées à ce jour sont les suivantes :

- Difficulté à impliquer des médecins et des **professionnels de santé isolés (c'est-à-dire en dehors de l'exercice coordonné)** alors même qu'ils représentent la grande majorité des professionnels de ville.
- **Les problématiques des groupements sont plutôt de l'ordre du quotidien** (ex : soins non programmés) que de l'ordre de la réflexion sur les contraintes du virage ambulatoire
- **Absence de visibilité sur les résultats**
- **Pérennité** des financements (puisque ce dispositif de financement n'est censé être mis en place que le temps des expérimentations)

Ainsi, il est trop tôt pour conclure sur les aspects financiers du virage ambulatoire.

Préconisation n°27 : Évaluer l'impact de l'instruction du 10 septembre 2020 sur le développement de la médecine ambulatoire hospitalière et de la télémedecine associée.

La stagnation de l'offre de médecine ambulatoire hospitalière s'explique en grande partie par un manque d'incitation financière et la crainte des établissements de la requalification des HDJ en consultations externes (induisant une perte financière conséquente) par les pouvoirs publics. L'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé vise à « sécuriser » la tarification des HDJ afin d'en favoriser le développement et d'éviter les contentieux lors des contrôles par l'Assurance Maladie. Elle y intègre la télémedecine (téléconsultation et téléexpertise) qui peut contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé. L'impact de cette instruction sur les développements des secteurs ambulatoires hospitaliers et le rôle de la télémedecine associée est à évaluer.

Préconisation n°28 : Dans le cadre des expérimentations article 51 de la LFSS 2018 capitaliser sur les résultats des dispositifs financiers partagés ville / hôpital et ville pour structurer les modèles économiques du virage ambulatoire.

Dans la perspective d'un développement optimal et soutenable du virage ambulatoire, les modélisations économiques devraient permettre la mise en œuvre :

- D'un forfait « ambulatoire ville-hôpital » pour les dispositifs ambulatoires mixtes. Ce forfait incitera à la coopération, à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins. Il devra assurer une moindre dépense et formaliser les modalités de partage du forfait entre l'hôpital et la ville, en mesurant la qualité des soins en ville et en anticipant les augmentations potentielles des restes à charge pour les patients.
- D'un financement du reste à charge (personnes en situation de précarité), de prestations « socles » de prévention (psychologue, diététicien, APA) et de la coordination du parcours du patient pour les dispositifs ambulatoires spécifiques à la ville. L'accès aux dispositifs pour les personnes précaires ne doit pas être freiné par l'augmentation du reste à charge.

III. Les enseignements de la crise sanitaire du Covid-19 sur le virage ambulatoire

Comme l'a souligné Eric Labaye, président de l'école polytechnique *« La crise Covid-19 a été à la fois soudaine, brutale et d'une durée exceptionnelle, soumettant le système hospitalier à une tension très forte et inédite. Il pourrait être rassurant de la considérer comme un choc ponctuel qu'il s'agissait de surmonter au mieux mais elle peut aussi être analysée comme la manifestation d'un environnement structurellement plus incertain et disruptif dans lequel le système de santé pourrait à nouveau se retrouver en première ligne et confronté au risque d'être submergé. Si tel est le cas, il est particulièrement important de tirer les enseignements de la crise Covid-19 pour permettre à notre système hospitalier et plus largement notre système de santé d'adapter son organisation et son fonctionnement afin qu'il soit plus résilient. »* [99]. Dans la perspective de notre travail, il était donc indispensable de rapporter ici les effets de la crise du Covid-19 sur les différents aspects du virage ambulatoire et les leçons que nous pouvons en tirer.

1 La crise sanitaire comme un frein aux activités ambulatoires hospitalières et à la médecine de ville de 1^{er} et 2^e recours

L'impact de la crise du Covid-19 sur les secteurs ambulatoires hospitaliers a été majeur : les hôpitaux de jour de médecine comme les unités de chirurgie ambulatoire ont été les premiers et les plus fortement impactés par les déprogrammations.

Ainsi, l'impact du Covid-19 sur les déprogrammations chirurgicales a été différent selon les modes de prises en charge. Selon les études de la FHF concernant à la fois la première vague [100] *« 58% de déprogrammations en chirurgie complète contre 80% en ambulatoire (chirurgie ambulatoire, interventionnel et endoscopies) »* et à la fois l'ensemble de l'année 2020, *« il y a eu 500 000 séjours de chirurgie ambulatoire en moins et 400 000 en chirurgie complète »*, la chirurgie ambulatoire a été davantage impactée à la baisse que la chirurgie conventionnelle, alors que la séparation des flux est consubstantielle à l'organisation de la chirurgie ambulatoire.

De même, l'impact du Covid-19 sur les infections nosocomiales a été majeur selon Santé publique France [101]. L'agence sanitaire a recensé 44 401 cas de Covid-19 nosocomial entre janvier 2020 et le 14 février 2021 : 26 839 étaient des patients, dont 186 sont morts, 17 552 des professionnels de santé et 10 des visiteurs.

Ce constat est paradoxal car :

- l'optimisation des durées d'hospitalisation ambulatoire (avec des taux de rotation variables des places de chirurgie ambulatoire selon les pathologies prises en charge) permet de sécuriser ces prises en charges, notamment par rapport au risque d'exposition aux infections nosocomiales.
- La crise du Covid-19 en elle-même a cristallisé l'importance de la séparation et de l'autonomie des flux dans les organisations hospitalières (flux de patients Covid-19 séparés des flux de patients non Covid-19) et l'impact sur les prises en charge des patients, notamment sur les déprogrammations chirurgicales et les infections nosocomiales.

Ainsi, alors que la chirurgie ambulatoire est synonyme de moindre risque à l'exposition des infections nosocomiales du fait de la moindre durée de séjour, elle n'a non seulement pas été favorisée par une moindre déprogrammation, mais de plus les unités de chirurgie ambulatoire ont parfois été transformées en unités Covid-19. **La chirurgie ambulatoire n'a donc pas constitué un sanctuaire protégé par rapport à la perte de chance constituée par les déprogrammations pour les patients.**

Ce qui a amené la SFAR dans ses Recommandations de Pratiques Professionnelles de décembre 2020 [102] à préconiser la chirurgie ambulatoire dans le contexte de pandémie de Covid-19 « *Les experts suggèrent de privilégier chez l'adulte comme chez l'enfant, la filière ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie autant que possible (R6.11)* ». L'argumentaire explicite « *Dans le contexte de pandémie Covid-19, la prise en charge en ambulatoire doit être préférée à l'hospitalisation conventionnelle lorsqu'elle est réalisable. Elle permet de réduire la durée de présence hospitalière, limitant ainsi le risque d'exposition du patient et de contamination en cas d'infection asymptomatique. La prise en charge ambulatoire des urgences chirurgicales est à envisager à chaque fois que possible (...) autant que possible, il est souhaitable d'isoler des salles opératoires ambulatoires en fonction des risques de transmission aéroportée et de la nécessité d'accès aux voies aériennes supérieures. Le risque est faible, surtout si le patient porte un masque à usage médical durant l'intervention, pour l'orthopédie sous ALR, la chirurgie de la cataracte sous topique, etc. Le risque est plus élevé pour toutes les situations où un accès aux voies aériennes supérieures est nécessaire, que ce soit pour l'anesthésie (anesthésie générale, sédation) ou pour l'acte interventionnel (fibroscopie ORL, respiratoire ou digestive haute). La possibilité de ne pas admettre un patient en SSPI, notamment après réalisation d'une ALR tronculaire (selon le décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018) doit être appliquée aussi souvent que possible.* »

Les prises en charge en ville ont été aussi fortement impactées par la crise. Le rapport 2020 « Charges et produits » de l'Assurance Maladie confirme un recul spectaculaire des dépenses de soins de ville au cours du premier confinement : **-80 à -90% pour les consultations d'ophtalmologues et dentistes, -60% pour les spécialistes, -30% pour les généralistes.** De même, le troisième rapport Epi-Phare sur l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 pointe une sous-consommation de médicaments pour les pathologies chroniques au début du premier confinement, avant un retour à une consommation plus normalisée, ainsi qu'une baisse de 35% à 71% pour les vaccins.

L'étude Odenore (enquête en ligne à laquelle plus de 4 000 personnes ont répondu) permet une analyse plus fine de cette chute inédite des prises en charge ambulatoires en ville [103]. **60 % des personnes interrogées disent ne pas avoir réalisé à leur initiative, pendant le premier confinement, au moins un soin dont elles avaient besoin,** les consultations les plus reportées étant celle avec le généraliste (39%), le médecin spécialiste (25% avec par ordre décroissant les consultations en gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, rhumatologie et gastro-entérologie) et le dentiste (23%). Les principaux motifs de ce renoncement étaient la fermeture des cabinets et structures de soins, une appréhension de la contamination, une temporisation de leur demande de soin, ainsi qu'une volonté de ne pas surcharger les professionnels de la santé pendant cette période. S'il s'agit majoritairement de report et non de renoncement définitif (68% ont consulté à l'issue du confinement et la plupart des personnes ne l'ayant pas encore fait gardent l'intention de

le faire), près de la moitié des personnes interrogées pensent que la non-réalisation des soins a aggravé leurs problèmes de santé.

Dans l'urgence et le caractère à la fois inédit et inquiétant de la situation sanitaire, **l'essentiel de la mobilisation a été tournée vers le curatif du Covid-19** avec comme consigne initiale de ne pas consulter son médecin traitant mais appeler le 15. **Les moyens dédiés à la continuité des soins n'ont été mobilisés que tardivement** (comme en témoignent les recommandations concernant la continuité des soins des malades chroniques dans le cadre des réponses "rapides" de la HAS mises en ligne seulement en avril 2020).

Début mars 2020, la Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a encouragé les 500 CPTS du territoire national à se mobiliser pour préparer la prise en charge des personnes contaminées par le Covid-19, organiser l'accompagnement des personnes vulnérables à domicile, et prévenir les risques sanitaires pour les professionnels soignants de proximité. Le RETEX national sur le rôle des CPTS pendant la crise sanitaire du Covid-19 a révélé les difficultés suivantes :

- **Le manque d'encadrement du rôle des CPTS dans la gestion de la crise au niveau réglementaire** (avec des incohérences entre les différents messages des autorités compétentes – ARS, Conseil départemental, préfecture)
- **Le manque de financement alloué à ce rôle**
- **L'absence de numéro d'urgence dédié aux professionnels**
- Enfin, la crise du Covid-19 a également freiné voire mis à l'arrêt les travaux des ARS et les projets portés par les professionnels de santé sur le virage ambulatoire, tous les acteurs étant mobilisés par la crise

Préconisation n°29 : En cas de crise sanitaire amenant une déprogrammation des interventions chirurgicales, privilégier et sanctuariser impérativement la chirurgie ambulatoire, compte-tenu de ses bénéfices et de la possibilité d'interventions chirurgicales sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et anesthésies locales

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire sont : une organisation par flux (flux courts, flux séparés, flux autonomes, flux tirés, ...), des rotations plus rapides de patients augmentant la productivité des structures et un moindre risque d'expositions aux infections nosocomiales.

Les déprogrammations constatées de l'activité chirurgicale pendant la crise du Covid-19 ont fait la preuve de la génération de réelles pertes de chance pour les patients.

L'activité chirurgicale sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et les anesthésies locales concerne potentiellement 32% des actes en volume d'activité chirurgicale française.

Préconisation n°30 : Formaliser le rôle des CPTS pour assurer une continuité des soins de 1^{er} recours en ville en cas de crise sanitaire.

Les premières mesures de gestion de la crise du Covid-19 ont entraîné de nombreux renoncements aux soins de ville temporaires mais avec un probable impact délétère pour la santé des personnes. Les recommandations en faveur de la continuité des soins des malades chroniques n'ont été émises que tardivement.

Ce retour d'expérience doit permettre de structurer les organisations pour éviter que ces situations ne se reproduisent en cas de nouvelle crise sanitaire.

2 La crise comme un accélérateur du numérique, des dispositifs ambulatoires transférés de l'hôpital vers la ville et de la coordination de certains professionnels

Si la crise du Covid-19 a freiné certains aspects du virage ambulatoire, *a contrario* d'autres se sont accélérés ou ont émergé. Comme le souligne le rapport d'analyse des retours d'expériences de la crise du Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie, on peut remarquer que, pendant cette crise « **Un double virage a été constaté, numérique et ambulatoire, privilégiant « l'aller vers » et la réponse adaptée et personnalisée aux besoins des publics concernés. Enfin, de nouvelles coopérations sont nées, d'autres ont été renforcées.** » [104].

a. La crise du Covid-19, un accélérateur puissant de la e-médecine

Entre février et avril 2020, le nombre de téléconsultations (TLC) a été multiplié par plus de 100. Les actes remboursés sont ainsi passés de 40 000 en février à 4,5 millions en avril, en plein confinement. En août on en comptait encore 650 000 c'est à dire plus de 10 fois plus qu'avant la crise sanitaire. Ces téléconsultations sont le fait dans l'immense majorité des cas (96 %) des médecins libéraux, dont quatre sur cinq sont des généralistes. Fait intéressant elles concernent des patients de tous les âges : une personne sur cinq y recourant a plus de 70 ans. Par ailleurs, des services de télésurveillance à domicile tels que COVIDOM se sont développés et ont largement contribué à sécuriser le suivi des patients Covid-19.

Si cette évolution peut être encourageante dans la perspective du développement du virage ambulatoire, deux points d'attention sont néanmoins à prendre en compte :

- Comme le souligne la Société française de santé digitale "La TLC a été essentiellement pratiquée dans le cadre d'une orientation des patients atteints de la Covid-19, le suivi à distance (TLC et télésoin) des pathologies chroniques reste toutefois à construire" et les 10 préconisations émises par cette société savante vont dans ce sens [105]. Le développement par des structures privées d'une offre de TLC « hors parcours de soin habituel » avec comme objectif affiché d'offrir une expertise aux patients dans les déserts médicaux. Non seulement ce type de pratiques peut aggraver encore les inégalités (du fait que l'offre est hors parcours, ce type de TLC n'est pas remboursé par l'assurance maladie) mais encore présente le risque d'aggraver les ruptures de parcours des patients.

b. La crise du Covid-19, un accélérateur du virage ambulatoire pour certaines organisations transférées de l'hôpital vers la ville

Au contraire des activités ambulatoires hospitalières, la crise du Covid-19 a favorisé le virage ambulatoire concernant le "basculement" de certaines prises en charge hospitalières vers la ville. Ainsi la tension sur les lits hospitaliers a favorisé la prise en charge des patients Covid-19 oxygénéodépendants à domicile à leur sortie d'hospitalisation afin de réduire les durées de séjours et d'augmenter les capacités d'admission (cf. ex : sortie des patients Covid-19 sous O₂ à domicile).

L'exemple le plus marquant est celui de l'IVG médicamenteuse à domicile. À l'occasion du 40^e anniversaire de la loi Veil, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire avait été présenté : l'élargissement et l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG constituaient 2 des principales mesures, pour assurer sa gratuité complète comprenant les actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG. Précédemment, le

forfait de l'IVG en ville ne couvrait pas les mêmes actes que le forfait de l'IVG en établissement de santé. Les femmes ne bénéficiaient donc pas de la même prise en charge sur l'ensemble du territoire. L'arrêté du 26 février 2016 refond totalement les actes issus de l'arrêté du 23 juillet 2004 en fixant les tarifs de prise en charge à 100 % de l'ensemble des actes entourant l'IVG.

Si elle peut être réalisée par un médecin en ville en libéral, en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale, la pratique de l'IVG médicamenteuse est encadrée strictement. Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention, conforme à une convention-type fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent les IVG par voie médicamenteuse validée par décret conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé, d'une part, et un établissement de santé, public ou privé, d'autre part. Cette convention permet entre autres de garantir la sécurité de l'acte puisqu'il cadre la prise en charge de la patiente en cas de complications. Des critères médicopsychosociaux (tels que le terme de la grossesse, la présence de troubles de la coagulation ou l'isolement social) sont évalués par le médecin libéral afin d'évaluer la faisabilité de l'IVG en ville.

Avec la pandémie de Covid-19 le terme maximum de grossesse autorisant une telle prise en charge ambulatoire est passé de 7 semaines d'aménorrhée (SA) à 9 SA sans augmentation de la morbidité. La part d'IVG médicamenteuses réalisées en ville ne cesse d'augmenter depuis 2016 (en 2019 le DCIR (Données de Consommation Inter-Régimes) enregistrait 69 858 IVG médicamenteuses et 79 604 pour l'année 2020). Les médecins libéraux pratiquant ces IVG suivent une formation théorique (*via* le REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) puis une formation pratique dans un service hospitalier réalisant les IVG. C'est souvent avec ce service que les médecins conventionnent cette pratique.

Cet exemple souligne l'importance du cadre de sécurité (cf. convention, formation) dans le développement des activités ambulatoires qui sont transférées de l'hôpital vers la ville. Une des limites potentielles est la difficulté de conventionnement entre un hôpital et un médecin libéral qui n'est pas connu des équipes hospitalières de gynécologie (importance de la relation inter-individuelle).

c. La crise du Covid-19 un levier pour la coordination voire la collaboration interprofessionnelle

La crise du Covid-19 a entraîné parfois des modifications profondes des relations ville/hôpital. Les professionnels, tenus de travailler rapidement et efficacement ensemble dans un même objectif, ont amélioré parfois de façon spectaculaire leur coordination et coopération. En dehors des **partenariats publics-privés entre les établissements de santé** (inégaux en fonction des régions) ce sont surtout les **collaborations entre les établissements sanitaires et médico-sociaux** qui se sont renforcées pendant la crise *via* l'HAD et les équipes mobiles gériatriques. Les **"hotlines gériatriques"** se sont créées ou renforcées permettant ainsi aux EHPAD en premier lieu mais aussi aux médecins généralistes de ville d'avoir un numéro unique où trouver une expertise de gériatre hospitalier pour la prise en charge de leurs patients âgés (notamment aide à la décision pour l'hospitalisation), un appui pour la mise en relation avec les appuis sanitaires, les appuis dans le domaine de l'hygiène, les appuis en matière d'éthique, pour l'établissement de protocoles avec le SAMU, etc.

La coordination entre hôpital et ville a pu aussi être renforcée du fait du contexte de crise sanitaire. À titre d'exemple, des cellules de coordination parcours patient ont été mises en place aux centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio. Ces cellules composées d'une secrétaire, d'une assistante sociale et d'une IDE coordinatrice ont eu pour mission première de sécuriser et organiser les sorties

d'hospitalisation des patients (Covid-19 ou non) en situation médicale complexe en vue de réduire le temps de séjour non justifié par la situation médicale et d'éviter les ré-hospitalisations précoces liées au défaut de communication/coordination entre l'hôpital et la ville. Ces cellules se sont vite rendues indispensables à tous les professionnels (hôpital et ville aussi bien médecin, pharmacien et IDE) et ont été perçues comme un maillon indispensable à la sécurisation de la prise en charge des patients au moment de leurs sorties de l'établissement. Par la suite leurs missions ont vocation à être élargies au développement des entrées directes et l'évaluation au plus tôt des aspects sociaux pour éviter les séjours longs liés à des problématiques non médicales.

Enfin, la coordination et la collaboration à un niveau territorial ont pu également parfois être structurées dans le contexte de la crise. En témoigne la constitution **d'équipes de coordination territoriale dans la région des Hauts-de-France**, animées par des établissements publics et dont le territoire d'intervention se situe au-delà des GHT. Ces équipes réunissent des acteurs avec des statuts différents (établissements privés, gériatres, HAD, ESPIC, URPS médecins libéraux, ...), ce qui a entraîné une amélioration générale de la coordination et de l'interconnaissance. Les territoires de ces équipes (souvent des départements mais pas systématiquement) ont été déterminés de façon pragmatique en octobre 2020 mais s'avèrent correspondre à ceux dans le cadre du programme « territoires de soin numériques en santé ». Ces équipes, instituées au départ par l'ARS sont aujourd'hui autonomes et sont des relais essentiels pour la gestion de la crise.

Il est à noter cependant que **certains partenariats ont été peu voire pas développés alors qu'ils auraient eu beaucoup de sens : partenariat hôpital/pharmaciens d'officine**, alors que les pharmaciens étaient en première ligne et le **partenariat avec les patients/usagers**. Comme en témoigne un usager : « La démocratie sanitaire a été emportée par cette vague, on a cessé d'exister, les commissions des usagers dans les établissements, les ARS, tout a été balayé. Les patients et les usagers de la santé, on ne leur a rien demandé. » [99]. Ceci est particulièrement dommageable dans une crise dans laquelle les problématiques médicales, sociales, économiques et éthiques sont fortement intriquées et nécessiteraient au contraire un renforcement de la démocratie sanitaire.

Ces constats renforcent nos préconisations sur l'implication du patient dans les dispositifs ambulatoires ainsi que celles sur le renforcement de la coordination et coopération professionnelles.

3 La crise du Covid-19 comme une loupe grossissante des inégalités et des problématiques de sécurité dans les parcours

a. La crise sanitaire et les inégalités sociales et territoriales de santé

La crise du Covid-19 est à la fois fortement révélatrice des inégalités sociales et un facteur d'aggravation de celles-ci.

Révélatrice car d'une part, il existe des inégalités face à l'exposition, à ses facteurs aggravants, et des inégalités qui augmentent les difficultés d'une prise en charge à domicile (taille des logements, sur occupation) et d'autre part des inégalités sociales face au confinement. Il est frappant de constater par exemple que **les personnes avec une fragilité préexistante (invalidité/personnes seules avec un enfant, personnes sans emploi, souffrant d'une maladie chronique) ont davantage renoncé aux soins que les autres pendant le premier confinement** [103]. De même, l'exclusion numérique a été encore plus un handicap dans les situations de confinement avec le télétravail, l'école à distance et l'accès aux téléconsultations [106] en témoigne « *Face à une société hyper*

connectée, ceux qui en sont exclus ont le sentiment d'être des citoyens de deuxième zone. L'humiliation vire parfois à la colère ». De même, l'accès à la vaccination a pu être facilité par la prise de rendez-vous en ligne mais a contribué à creuser les inégalités. La mise en place d'un appel systématique des personnes âgées des 75 ans et plus par l'assurance maladie pour leur proposer un rendez-vous n'est survenue qu'en mars, pour une ouverture de la vaccination à cette population cible depuis le 18 janvier 2021.

Aggravantes au point que, face à l'accentuation des inégalités sociales et économiques, entre les pays les plus développés et les plus pauvres, mais aussi au sein même des nations les plus riches, le centre régional des nations unies parle du **Covid-19 comme « d'un accélérateur des inégalités sociales »** [107]. *« Les personnes âgées, en situation de handicap, souffrant de troubles psychiatriques et victimes d'inégalités sociales vis-à-vis du système de santé étaient déjà identifiées comme des populations fragilisées. Ces inégalités ont été majorées lors de la gestion de la crise. La Covid-19 a ainsi été révélatrice d'une fracture sociale, avec une partie non négligeable de la population qui s'est retrouvée démunie, isolée voire oubliée face à la pandémie, et ce malgré l'action conjuguée des pouvoirs publics, des associations, des citoyens et des entreprises. »* [108].

Ces constats renforcent nos préconisations concernant les nécessaires repérage et prise en compte de la vulnérabilité sociale dans le cadre du déploiement du virage ambulatoire ainsi que la nécessaire évaluation de l'impact de celui-ci sur les ISTS.

b. La crise du Covid-19 et la sécurité des patients

Plus de 600 EIAS déclarés en rapport avec la crise du Covid-19 [109].

Plusieurs enseignements peuvent être tirés des causes de ces EIAS dans une perspective d'accélération du virage ambulatoire :

- Concernant la télémedecine : Une partie des EIAS déclarés décrivait des difficultés pré/per ou postopératoire inhérentes à la non-réalisation de l'examen clinique en présentiel ou des marquages préopératoires faits normalement lors de ces consultations. En postopératoire des difficultés de réalisation de ces consultations (difficultés de connexion par le patient ou l'équipe médicale, incompréhension de la modalité de consultation par les personnes les plus âgées par exemple) ont retardé le dépistage de complications postopératoires ou les renouvellements de traitement.
- Concernant les ressources manquantes ou inappropriées en post-hospitalisation (dont postopératoire) : La crise du Covid-19 a mis en exergue l'impact de la non disponibilité des soignants en postopératoire. Un exemple frappant est la part d'EIAS en rapport avec la survenue de complications musculosquelettiques postopératoires survenues à la suite de l'impossibilité de réaliser la rééducation postopératoire (3% en 2019 contre plus de 13% durant la période Covid-19). Le confinement et la fermeture des cabinets ont évidemment favorisé cet effet, mais dans les régions sous dotées en ambulatoire il convient d'envisager les complications de ce type si les gens ne sont plus pris en charge de manière conventionnelle mais en ambulatoire. Plusieurs EIAS rapportaient l'impossibilité pour les patients de joindre l'équipe soignante en postopératoire, ce qui engendrait a minima des retards de consultations de suivi, au pire l'absence de dépistage précoce de complications conduisant à l'apparition de séquelles définitives.
- Concernant le défaut d'information et de communication entre les soignants. Même si les équipes ont montré une résilience assez exceptionnelle et une adaptation dont le maître mot a été la communication (entre personnels soignants mais également entre administratifs et soignants), force est de constater que les premiers EIAS déclarés relèvent de défauts de transmission et de communication importants, y compris avec les patients.

Si bien que durant la première période de la pandémie de Covid-19 on note 40% d'EIAS liés à ces difficultés de communication contre 25% pour les années antérieures. Après l'impact de la première vague, le facteur équipe et la mise en place de procédures améliorant la communication ont finalement été des barrières efficaces pour rapprocher les caractéristiques des EIAS de la deuxième vague de celles des EIAS des années antérieures. La communication avec le patient et ses proches sont également des éléments d'amélioration des prises en charge des patients dans ces contextes de réduction des durées de séjour.

Ce constat est également fait dans la littérature internationale puisque certaines équipes ayant mis en place des modèles intégrés de prises en charge et de suivi des patients ont permis d'améliorer ces suivis [110].

Préconisation n° 31 : Mettre en place dès sa conception, pour tout dispositif favorisant le virage ambulatoire, un cadre de sécurité incluant une approche *a priori* et *a posteriori* des risques.

À l'image de l'IVG médicamenteuse qui a pu se déployer plus largement en ville lors de la crise du Covid-19 grâce à un cadre strict et précis définissant les conditions à remplir pour garantir la sécurité des patientes, tout dispositif ambulatoire doit définir- lors de sa conception -les conditions de sécurité *sine qua non* devant être remplies pour pouvoir être mis en œuvre. Par ailleurs, les EIAS déclarés pendant la crise du Covid-19 sont reliés à des éléments fréquents dans les dispositifs ambulatoires (télémédecine, prescription par l'hôpital mettant en jeu des ressources de ville) et à des défauts de communication entre professionnels qui sont le point faible majeur de ces dispositifs. Pour s'assurer de l'impact du déploiement du virage ambulatoire sur la sécurité des patients il est donc nécessaire que tout dispositif ambulatoire soit associé à une surveillance pro-active des EIAS.

PARTIE IV - ANNEXES

I. Annexe 1 - Références bibliographiques

- [1] Assemblée nationale. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie, n°3350, 23 septembre 2020
- [2] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score EPICES : un score individuel de précarité : construction et évaluation du score dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebdo, 2006; 14: 93-6
- [3] Robert S, Rondet C, Chauvin P. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : Une étude à partir de la cohorte Santé, Inégalités et Ruptures Sociales. Congrès de Médecine générale, 4 avril 2014
- [4] Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, JORF n°0169 du 22 juillet 2016
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, 2017
- [6] Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins (référentiel), octobre 2020
- [7] Insee. Soins ambulatoires (définitions), 11 juillet 2021.
- [8] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991
- [9] Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique, JORF n°0234 du 8 octobre 1992
- [10] International Association for Ambulatory Surgery. Suggested international terminology and definitions. Comité exécutif de l'IAAS, 27 septembre 2003
- [11] Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, JORF n°0194 du 22 août 2012
- [12] INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
- [13] Bontemps G, Bensadon M. Périmètre et marqueurs : Quel périmètre pour la chirurgie ambulatoire ? Quel est le véritable taux de chirurgie ambulatoire en France. Journée Nationale de Chirurgie Ambulatoire 5ème édition, 22 janvier 2015.
- [14] Tired L, Desmonts JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia: A prospective survey in France. Can Anaesth Soc J 1986; 33: 336-334
- [15] Clergue F, Auroy Y, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A, Laxenaire MC. French survey of anaesthesia in 1996. Anesthesiology 1999; 91: 1509-1520
- [16] Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. Organisation et techniques de l'anesthésie. Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17: 1317-1323

- [17] Haute Autorité de santé. Guidage échographique d'une anesthésie locorégionale périphérique (rapport), mars 2014
- [18] Décret n° 2018-934 du 29 octobre 2018 relatif à la surveillance post-interventionnelle et à la visite pré-anesthésique, JORF n° 0252 du 31 octobre 2018
- [19] Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé, JORF n° 0091 du 17 avril 2021
- [20] Conseil d'État. Décision n° 423313, lecture du 22 juillet 2020
- [21] Bontemps G. Réglementation en France : chirurgie ambulatoire générale et digestive. In : Monographies de l'Association française de chirurgie « chirurgie ambulatoire générale et digestive », Arnette, octobre 2017
- [22] Parmentier G. International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice, Day surgery, development and practice. International Association for Ambulatory Surgery 2006; 1: 35-38 et 57-59
- [23] Haute Autorité de santé et Agence Nationale d'Appui à la Performance. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire (recommandations organisationnelles), mai 2013.
- [24] Ohnon T. Beyond Large-Scale Production. Toyota Productions System, 2006
- [25] Bazin G, Bontemps G, Daver C. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Ce qu'il faut savoir... Ce qui fait débat. CNAMTS et Ministère chargé de la Santé, 2009
- [26] Hollenbeck B et al. Ambulatory surgery centers and outpatient procedure use among Medicare beneficiaries. Med care 2014; 52(10): 926-931
- [27] Association Française de Chirurgie Ambulatoire. La notion d'actes marqueurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive : méthodologie / utilité, octobre 1996
- [28] Parmentier G. Pourquoi un tel tabou ? La Lettre de l'AFCA, 1998, 4(1) : 4-5
- [29] IGAS, IGF. Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », juillet 2014
- [30] CNAM, ATIH, Ministère des Solidarités et de la Santé. Mise en ligne de Visuchir, une application pour visualiser l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, des établissements de santé (communiqué de presse), 12 décembre 2018
- [31] The British Association of Day Surgery. BADS Directory of Procedures 6th Edition. BADS, 2019
- [32] American Hospital Association. Avalere Health analysis of Verispan's Diagnostic Imaging Center Profiling Solution, 2004
- [33] Hall MJ, Schwartzman A, Zhang J, Xiang L. Ambulatory Surgery Data From Hospitals and Ambulatory Surgery Centers : United States, 2010. National Health Statistics Reports, n° 102, 28 février 2017
- [34] Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics Reports, n° 11, 4 septembre 2009
- [35] Hair B. et al. A comparaison of ambulatory perioperative times in hospitals and free standing centers. The American Journal of Surgery 2012; 204: 23-27
- [36] Washington Ambulatory Surgery Center Association. The economic impact of ambulatory surgery centers in Washington, 4 mars 2010

- [37] Brökelmann J. Comparaison of Hospital- and Office-based Ambulatory Surgery in Germany: surgery in small free standing units offers many advantages. *Ambulatory surgery* 2021; 17(4): 83-85
- [38] Kampf G, Löffler H, Gastmeier P. Händehygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(40): 649-55
- [39] Brökelmann J, Hennefründ J. Vermeidung von Wundinfektionen: Händehygiene vs. Operationstechnik? *BAO Depesche*, 19 décembre 2009
- [40] Brökelmann J, Bäcker K. Clinical indicators for ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery* 2010; 16(2): 34-37
- [41] Stanak M, Strohmaier C. Minimum volume standards in day surgery : a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2020; 20(1): 886.
- [42] Jarrett PE, De Lathouwer C, Ogg TW. The time has come to promote true day surgery. *Ambulatory Surgery* 2000; 8(4): 163–164
- [43] Grobler S, Potgieter A. Officed based surgery – why it is important. *CME* 2009; 27(9): 394-396
- [44] Urman R et al. Officed based surgery and medical procedures : education gaps. *The Ochsner Journal* 2012; 12(4): 383-388
- [45] Epstein B. Exploring the world of ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery* 2005; 12(1) : 1-5
- [46] Vila HJR, Soto R, Cantor AB, Mackey D. Comparative Outcomes Analysis of Procedures Performed in Physician Offices and Ambulatory Surgery Centers. *Archives of Surgery* 2003; 138(9): 991-995
- [47] Gupta V et al. Is Office-Based Surgery Safe? Comparing Outcomes of 183,914 Aesthetic Surgical Procedures Across Different Types of Accredited Facilities. *Aesthetic Surgery Journal* 2017; 37(2): 226-235
- [48] Berglas N et al. The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings : A systematic review. *PLoS One* 2018; 13(1)
- [49] Massachusetts Medical Society. Office-Based Surgery Guidelines, août 2011
- [50] Haute Autorité de santé. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? (texte court) décembre 2010
- [51] Haute Autorité de santé. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisé, 2018 et 2020
- [52] ATD Quart Monde. Le développement de la médecine ambulatoire : un autre regard (rapport), mars 2017
- [53] URAF Bourgogne-Franche-Comté. Les usagers et leurs familles face à la chirurgie ambulatoire (rapport), 2017
- [54] Ministère des Solidarités et de la santé. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet], mise à jour au 4 mars 2021
- [55] IGAS, IGF. Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine », février 2016

- [56] APHP. L'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations ville-hôpital (rapport). Groupe de travail du Conseil de surveillance de l'AP-HP, mars 2017
- [57] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé (avis), 23 janvier 2020
- [58] Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé (avis), 28 juin 2017
- [59] Irdes. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Questions d'économie de la santé, juin 2016
- [60] Cour des comptes. La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017
- [61] Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J, Desprès C. Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale. *Economie et Statistiques* 2012, 455(456): 53-70.
- [62] Bugener M. Prendre soin hors les murs de l'hôpital : anatomie d'un cycle (intervention), 14 septembre 2016
- [63] Le Monde. Le virage ambulatoire que prend le système hospitalier risque d'aggraver les inégalités sociales de santé, 22 février 2017
- [64] Insee. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base, 30 octobre 2019
- [65] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet Lond Engl.* 2008; 372(9650): 1661-9
- [66] Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health.* 2011; 21(5): 667-673
- [67] Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet.* 1997; 349(9066): 1655-1659
- [68] Menvielle G, Chastang J-F, Luce D, Leclerc A, Groupe EDISC. Changing social disparities and mortality in France (1968-1996): cause of death analysis by educational level. *Rev Epidemiol Santé Publ.* 2007; 55(2): 97-105
- [69] Berkman LF, Kawachi I. Social integration, social networks, social support, and health. In: *Social Epidemiology*. OUP USA, 2000
- [70] Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol Jpn Epidemiol Assoc.* 2012; 22(3): 179-187.
- [71] Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ.* 2001; 322(7296) :1233-1236.
- [72] Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2001; 78(3) :458-467.

- [73] Becofsky KM, Shook RP, Sui X, Wilcox S, Lavie CJ, Blair SN. Influence of the Source of Social Support and Size of Social Network on All-Cause Mortality. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(7): 895-902
- [74] Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, 2000
- [75] Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(3): 245-251.
- [76] Han HR et al. Interventions that increases use of pap smear tests among ethnic minority women: a meta-analysis. *Psychoonchology* 2013; 20(4): 341-351
- [77] Irdes. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, avril 2018
- [78] NHS. The patient experience book – A collection of the NHS institute for Innovation and improvement's Guidance and Support, 1 juin 2013
- [79] Barrier P. Les incontournables de l'entretien de compréhension. Dans : *Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs* (colloque), 21 et 22 septembre 2017
- [80] Mougeot F, Robelet M, Rambaud C et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique* 2018 ; 1 (30): 73-81
- [81] Direction de la santé publique. Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, octobre 2001
- [82] Haute Autorité de santé. Le patient traceur : Démarche d'analyse en équipe du parcours du patient (guide méthodologique), janvier 2016
- [83] Haute Autorité de santé. Découvrir la nouvelle certification (webpage), 13 octobre 2020
- [84] IGAS. Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, février 2016
- [85] ADSP. Les systèmes d'information au service des agences régionales de santé, n° 74, mars 2011
- [86] Haute Autorité de santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU) (outil d'amélioration des pratiques professionnelles, juillet 2015
- [87] Haute Autorité de santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (guide méthodologique), février 2018
- [88] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JORF n°0169 du 22 juillet 2016
- [89] Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins, JORF n°0169 du 22 juillet 2016[90] Gautier Sylvain. *Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé : une approche qualitative exploratoire*, Thèse doctorat sous la co-direction de Yann

Bourgueil et Frédéric Dugué. UPEC Faculté de Médecine, octobre 2019. https://athena.u-pec.fr/permalink/f/b4rhli/ALMA_UNIMARC_UPEC21104708180004611

[91] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

[92] Ministère des Solidarités et de la santé. Les dispositifs d'appui à la coordination – DAC. Un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexes. 16 février 2021

[93] Anap. Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, octobre 2020

[94] Emmanuel Vigneron, Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, nos 8-9, 1967-1979, séance du 4 décembre 2018

[95] Institut national du cancer. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer (rapport d'évaluation), septembre 2012

[96] EHESP. Les nouveaux métiers de la coordination. Module interprofessionnel de santé publique, groupe 14, 2016

[97] Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, février 2021

[98] Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport au parlement sur les expérimentations innovantes en santé, septembre 2019

[99] CNRS. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19, juillet 2020

[100] FHF. 2 millions de séjour non réalisés en MCO de mi-mars à fin juin, dépêche APM du 23 novembre 2020

[101] Santé publique France. COVID 19, Point épidémiologique hebdomadaire du 18 février 2021

[102] SFAR. Recommandations de Pratiques Professionnelles « Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie réanimation dans le contexte de pandémie de Covid 19, décembre 2020

[103] Odenore et Assurance Maladie. Renoncer à se soigner pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête Assurance Maladie-Odenore, décembre 2020

[104] Ministère des Solidarités et de la Santé. Retours d'expériences de la crise COVID-19 dans le secteur de la santé mentale, octobre 2020

[105] Société française de santé digitale. 10 préconisations pour accélérer la télésanté après le COVID-19, septembre 2020

[106] Vall, R. L'illectronisme ne disparaîtra pas d'un coup de tablette magique ! Senat. 17 septembre 2020

[107] ONU France. La Covid-19, un accélérateur des inégalités sociales, 20 février 2021.

[108] EHESP. Les effets de la pandémie de Covid-19 sur les inégalités en France. Module interprofessionnel de santé publique, groupe 3, 2020

[109] Morgand C et al. Impact de la pandémie COVID 19 sur les événements indésirables associés aux soins ». Santé Publique 2021, accepté, publication à venir.

[110] Archbald-Pannone L.R, Harris DA, Albero K et al. COVID-19 Collaborative Model for an Academic Hospital and Long-Term Care Facilities. J Am Med Dir Assoc. 2020 Jul; 21(7): 939–9

II. Annexe 2 - Synthèse des enquêtes qualitatives

Dans le cadre de ce rapport, les membres du groupe HCSP ont pu auditionner des représentants d'établissements innovants ou des porteurs de dispositifs expérimentaux. Ces visites, originellement prévues en présentiel, ont été remplacées par des entretiens menés en visioconférence en raison de la crise sanitaire.

La clinique de Domont, centre de chirurgie autonome

La clinique de Domont est un Centre de Chirurgie Ambulatoire Autonome depuis 2015, **un virage vers l'hyperspécialisation** ayant été amorcé en 2007. Son centre de recours est la clinique Claude Bernard, située à une dizaine de kilomètres, ce qui permet si nécessaire un transfert des patients en moins de vingt minutes en cas de complications anesthésiques.

L'objectif de virage : proposer à des patients qui allaient se faire opérer à Paris une meilleure prise en charge près de chez eux.

Le virage vers l'ambulatoire au sein de la clinique s'est effectué en raison **d'un manque de lits disponibles** qui a contraint les praticiens à envisager ce type de prise en charge mais aussi sous l'impulsion de l'équipe opérationnelle, notamment des chirurgiens orthopédistes. Les autres spécialités présentes au sein de la clinique – ophtalmologie, gastro-entérologie entre autres – étaient déjà insérées dans une pratique ambulatoire. **Toutes les équipes** (médicales, paramédicales, administratives, encadrement) ont été intégrées à la rédaction de procédures et protocoles et aux groupes de travail autour de l'ambulatoire. La volonté était de ne pas faire intervenir de logisticiens extérieurs mais de s'appuyer sur l'expérience de chacun, sur une remise en question des pratiques et sur une volonté **d'amélioration continue**.

Un travail approfondi a été mené sur les programmes opératoires pour lisser les activités sur les cinq jours d'ouverture de la clinique. La gestion du centre est à flux tendu - la file active est de l'ordre de 12 000 patients par an. Le parcours patient s'organise autour de l'information et l'accueil du patient, la hiérarchisation des opérations en fonction du temps de prise en charge, une sortie préparée et suivie.

Si l'adhésion et la formation des équipes sont essentielles au bon fonctionnement du virage ambulatoire, d'autres leviers ont été soulignés lors des échanges :

- > Une **co-construction du modèle ambulatoire unique à chaque équipe** : documents et bonnes pratiques peuvent être échangés, mais chaque équipe doit engager un travail qui lui est propre pour élaborer le modèle ambulatoire qui lui convient ;
- > Le **type d'établissement** : les centres autonomes, par définition plus petits et donc plus agiles que les centres intégrés aux hôpitaux, sont plus à même de déployer des activités ambulatoires. Les équipes des centres intégrés aux hôpitaux peuvent également déployer des activités ambulatoires à condition qu'elles soient autonomes et que leur centre soit cloisonné afin de ne pas mélanger ambulatoire et hospitalisation.

FHF, projet de responsabilité populationnelle

L'expérimentation de responsabilité populationnelle menée par la Fédération Hospitalière de France et cinq GHT se base sur la notion du triple objectif :

- > Une amélioration de la santé de la population
- > Une amélioration de la prise en charge de chaque patient
- > Et cela au meilleur coût pour la société

Cette notion marque le changement de focale d'un système orienté vers le curatif à **un système orienté vers la prévention et le maintien en santé**.

Concrètement, la FHF a élaboré un modèle opérationnel conjointement avec **cinq GHT**. Le choix a été fait d'intégrer l'expérimentation dans le volet national « IPEP » de l'Article 51, et de la développer **autour de deux premières populations-cibles : les personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque**. L'enjeu était d'adresser collectivement ces deux pathologies à forte prévalence et de développer une **nouvelle approche territoriale**, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs de santé du territoire.

Cette expérimentation se fonde sur une **stratification** des populations-cibles (du patient à risque au patient le plus complexe) et la mise au point, avec le concours et la validation de professionnels et de sociétés savantes, de **logigrammes cliniques** inspirés de référentiels internationaux et des bonnes pratiques existantes. Ces logigrammes sont par la suite adaptés par les acteurs de santé à l'échelle locale en fonction des ressources et besoins du territoire, ce qui requière par ailleurs une exploitation intensive de la donnée (issue principalement du PMSI) et le développement de **systèmes d'information populationnels** (orientés vers la prévention et le maintien en santé de grandes cohortes de personnes et de patients peu complexes).

Sur le terrain, des **actions issues des programmes cliniques ont été déployées**. Un Hôpital de Jour (HDJ) a par exemple été délocalisé dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

En matière de virage ambulatoire, quelques constats ont été relevés :

- > Dans les stratifications, le suivi en ville est fréquemment privilégié, notamment en bas de la pyramide
- > Une amélioration de la coordination des acteurs est observée grâce à une meilleure interconnaissance et une clarification du rôle de chacun des acteurs de la ville et l'hôpital à chaque étape de la prise en charge
- > Toute amélioration du suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque permettra un suivi plus important de la médecine de ville.

Accès Santé Nord Cantal, Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

La CPTS de Mauriac (Cantal), constituée le 12 novembre 2018, a été l'une des premières de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Située au pôle prévention d'Ydes, ASNC, opérationnelle depuis juillet 2019, a fait émerger différents axes de travail sur le bassin de santé de Mauriac. Il s'agit d'une CPTS de taille 1 (29 000 habitants) située sur **un territoire rural étendu avec la moyenne d'âge la plus élevée de la région et une patientèle polypathologique et précaire**.

La CPTS développe les parcours pluriprofessionnels : insuffisance cardiaque, ostéoporose, personnes âgées / fragilité, sport et santé et soins palliatifs.

Ces parcours, qui intègrent les prises en charge médico-sociales, sont composés d'étapes détaillées et sont attachés à des **cellules d'expertise en cours de création**, une cellule Nutrition et une cellule Qualité (exemple d'action : mise en place des fiches événements indésirables entre la ville et l'hôpital pour que les professionnels de ville puissent échanger sur les erreurs ou situations de mauvaise gestion hospitalière). Un objectif des parcours étant également la **réduction des hospitalisations évitables au profit de la prévention et d'un suivi en ville**, les CPTS, à travers leurs actions, jouent un rôle au niveau du virage ambulatoire, tout comme les établissements médico-sociaux dont les compétences ne sont pas toujours connues par les professionnels de l'hôpital.

La CPTS ANSC relève l'enjeu fort de former les médecins généralistes aux démarches de type parcours, et **de créer une culture de la prévention et de connaissance des ressources locales** et ce dès l'internat en **intégrant un module et des stages dans les structures qui assurent la coordination** (ESA, MAIA, ...), et auprès des différents professionnels qui prennent en charge les patients.

Outre le budget et l'absence de financement dédié, d'autres **freins** demeurent dont la lourdeur administrative ou encore la réticence de certains acteurs.

La **crise sanitaire Covid-19 a toutefois été un révélateur de la pertinence de l'échelon régional et local qui s'est montré plus réactif qu'au niveau départemental**. La CPTS avec sa force de mobilisation a ainsi assuré un lien quotidien avec la cellule de crise du CH d'Aurillac **sur la gestion des lits** du BSI (Bassin de Santé Intermédiaire) de Mauriac, accompagner les professionnels dans l'utilisation **des outils de télé médecine**, s'est investie dans le don et la recherche de matériel (ex : masques).

AP-HP, unité de chirurgie ambulatoire

L'**unité de chirurgie ambulatoire (UCA)** de l'hôpital Universitaire de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP) a ouvert ses portes en 2018. Le cahier des charges pour la construction du centre a été adapté en fonction des parcours souhaités et des profils des patients reçus, notamment pour les patients en situation de handicap (des espaces plus isolés pour les personnes en situation de handicap psychique par exemple).

L'unité est caractérisée entre autres par la **multidisciplinarité** (9 spécialités de chirurgie y sont représentées), le développement d'une **chirurgie innovante pour l'ambulatoire** (par exemple, la chirurgie de la thyroïde, pose de prothèse totale de hanche, hystérectomie totale, colectomie, ...), une activité orientée vers la **chirurgie intermédiaire et lourde**, une structure **adaptable** (cinq salles de blocs opératoires identiques pouvant accueillir tous les types de chirurgie), **une équipe soignante dédiée et polyvalente** (formée à l'ambulatoire et à tous les types d'interventions pratiqués) **et de nombreux intervenants** : plus d'une centaine de chirurgiens interviennent dans l'UCA et environ 45 anesthésistes.

Les **critères d'éligibilité** dépendent du type de chirurgie. Pour les interventions considérées comme à risque de complications, l'éloignement géographique est un point de vigilance fort.

Grâce à une **organisation réfléchie en amont et en aval** (rencontre avec l'IDEC, vérification de la disponibilité d'un accompagnant, création d'un dossier ambulatoire pour chaque patient, transmission des numéros utiles, appels ou SMS postopératoires, ...), le parcours patient est fluide et permet au centre de réaliser entre 380 et 460 opérations par mois. L'intégration au sein d'un hôpital permet de bénéficier des avantages de l'autonomie sans les inconvénients. À titre d'exemple, si un patient ne peut sortir du centre à 19 h, il est dirigé en salle de réveil générale et rebasculé en prise en charge conventionnelle si besoin.

Seuls la taille et le système d'information utilisé contraignent le développement de l'activité.

Un **travail de fond demeure nécessaire pour le bon fonctionnement de la plateforme** : les cadres se rendent disponibles, le binôme médecin et paramédical coordinateurs partage une même vision de l'ambulatoire, une vigilance est gardée pour que le fonctionnement reste aussi efficace et sécurisé que possible, les équipes sont formées, engagées et travaillent ensemble.