

# Le virage ambulatoire

## Sécurité des patients et inégalités de santé

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 n'est pas seulement un transfert de l'hôpital vers la ville, il concerne aussi le transfert d'activité intra-hospitalière vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpital de jour, consultations). Ce dossier présente les constats des pratiques mises en œuvre dans le cadre du virage ambulatoire. Il précise la définition des différentes notions attachées à cette problématique. Il décrit les outils nécessaires au développement de ces pratiques en garantissant la sécurité des soins prodigués. Il aborde également les enjeux que représentent les pratiques ambulatoires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour la dimension sociale il s'agit de s'assurer notamment qu'une évaluation de la vulnérabilité psycho-socio-environnementale est réalisée et qu'un temps d'écoute de la personne accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical. Pour la dimension territoriale il s'agit de faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains, et d'assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement.

Dossier coordonné par

**Dominique Bonnet-Zamponi**

Gériatre

**Claude Ecoffey**

Anesthésiste-réanimateur

Membres de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients, copilotes du rapport du Haut Conseil de la santé publique *Le Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*

# Les prises en charge ambulatoires

**Le virage ambulatoire vise le transfert des soins dispensés à l'hôpital vers la médecine de ville, mais aussi le transfert d'activités intrahospitalières conventionnelles vers le secteur ambulatoire hospitalier (unités de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, consultations).**

## De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire

**P**rotection sociale et hôpital<sup>1</sup> ont toujours été intimement liés au cours de l'histoire, en assimilant hébergement, assistance et soins. Le virage ambulatoire change la donne.

Notre système de protection sociale a évolué dans l'histoire, depuis la charité chrétienne jusqu'à l'assistance solidaire en passant par les assurances sociales, avec les adoptions successives de la loi sur les assurances sociales en 1928, puis les ordonnances de 1945 créant la Sécurité sociale, puis la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 et enfin de la protection universelle maladie en 2016. Actuellement, toute personne résidant de façon régulière et stable en France voit ses droits ouverts à la prise en charge de ses frais de soins, parachevant le passage d'un système bismarckien, fondé sur les assurances sociales, à un système Beveridge d'assistance. On est passé d'un système assurantiel (versement d'une prestation santé en contrepartie d'une cotisation) financé par les cotisations sociales et patronales à un système assistanciel

(versement d'une prestation sans contrepartie) financé par l'impôt solidaire.

Parallèlement, notre système de santé français s'est structuré historiquement autour de l'hôpital, qui est devenu au cours du xx<sup>e</sup> siècle un lieu de soins, après avoir été longtemps un lieu d'hébergement pour les seuls indigents (anciens hospices et hôtels-Dieu), puis récemment un lieu d'enseignement et de recherche avec la création des centres hospitaliers universitaires de la loi Debré, en 1958.

La médicalisation relativement récente de l'hôpital s'est ainsi façonnée autour de l'héritage de l'hôpital hébergeur. La notion de « lits » (les dons des bienfaiteurs permettaient d'ouvrir des lits) et leur valeur patrimoniale restent donc une symbolique importante au niveau de l'hôpital. Toute diminution du nombre de lits, même si elle est la simple résultante d'une moindre occupation et d'un moindre hébergement liés au virage ambulatoire, constitue encore une pierre d'achoppement et une cristallisation des passions autour de cette « perte patrimoniale ». La prise en charge médicale reste principalement envisagée sous le prisme du patient couché dans un lit d'hôpital, passif, à la disposition des équipes de soins et hébergé pendant plusieurs nuitées dans un service.

**Gilles Bontemps**  
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins,  
Caisse nationale d'assurance maladie

1. Le terme générique « hôpital » recouvre les hôpitaux publics et les cliniques privées.



### Les défis du virage ambulatoire pour l'hôpital

Le modèle de cet hôpital figé sur l'hébergement va devoir faire face à plusieurs défis d'ordres structurel et conjoncturel et prendre une nouvelle place dans le virage ambulatoire annoncé. Tout d'abord, l'hôpital devra répondre aux questions structurelles en lien avec cinq révolutions et leurs conséquences.

- Révolution démographique : le vieillissement de la population et son corollaire, l'augmentation des pathologies chroniques, sont suivis majoritairement en ville et non plus à l'hôpital.
- Révolution technologique et thérapeutique : le développement de la chirurgie robotique, de la chirurgie micro-invasive, de la radio-chirurgie, raccourcit notablement les durées de séjour hospitalières, voire les réduit à la journée, alors que la chimiothérapie à domicile, les médicaments innovants, les thérapies ciblées ne déclenchent plus systématiquement d'hospitalisation.
- Révolution des nouvelles technologies d'information et de communication : les *big datas*, objets connectés, outils d'aide au diagnostic et la télémédecine révolutionnent l'approche thérapeutique.
- Révolution des bonnes pratiques professionnelles : le développement de la récupération améliorée après chirurgie et la réhabilitation raccourcissent les périodes d'immobilisation à l'hôpital et permettent plus rapidement de retrouver une autonomie.
- Révolution des organisations : le développement de la chirurgie ambulatoire, la gestion des flux et le *lean management* permettent de repenser en totalité les parcours des patients et de réduire les temps de séjours hospitaliers à quelques heures.

À cela s'ajoute la question conjoncturelle, liée à l'impact de la crise sanitaire du Covid-19.

- L'hôpital a été durant cette crise de nouveau au centre du dispositif, avec le nombre de lits de réanimation qui a structuré la vie et l'organisation du pays pendant deux ans.
- Le retour de la prévention des maladies infectieuses, l'augmentation du risque des infections nosocomiales, l'adoption de la gestion des flux dans l'organisation hospitalière (flux courts, flux séparés...), l'impact des déprogrammations chirurgicales et des soins retardés constituant une perte de chance pour les patients, l'explosion des téléconsultations ont rythmé la crise liée au Covid-19.

### L'ambiguïté des notions et un virage ambulatoire qui a du mal à s'organiser

Mais, ce virage ambulatoire, qui structure la politique de santé depuis plusieurs années, jusqu'à constituer un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et du programme ma santé 2022, est ambigu, car il recouvre des périmètres et des notions variables. Une approche sémantique préalable et une stabilisation des concepts et des définitions sont impératives, sauf à risquer d'entraîner une confusion des ressentis et une désorganisation des actions.

Virage signifie « tourner », « changer de direction », « changer de logique », sortir du modèle préexistant du « tout-hôpital »

et basculer vers un autre modèle ; mais jusqu'où aller dans la « déshospitalisation », et dans quelle direction ?

Ambulatoire, *ambulatorius* en latin, indique « mobile », « qui va et qui vient ». Le patient n'est plus couché et passif dans un lit à la disposition des équipes médicales et soignantes, mais debout, actif, se mouvant et vaquant à ses occupations habituelles, participant aux choix thérapeutiques. Ce nouveau statut du patient oblige une organisation autour d'un parcours de prise en charge pour qu'à un moment donné une rencontre entre le patient et l'équipe médicale et paramédicale puisse avoir lieu dans les meilleures conditions possibles. Le patient devient le centre du dispositif, il n'est plus une des composantes de la prise en charge, mais LA composante principale.

De plus, l'adjectif ambulatoire est ambigu en santé, puisque, simultanément, on parle de médecine ambulatoire pour évoquer la médecine de ville, effectuée dans un cabinet médical libéral (qui peut aussi être situé dans une clinique privée) ou dans un substitut regroupant dans un hôpital les consultations externes et les équipes mobiles, et on pratique la chirurgie ambulatoire exclusivement dans un établissement de santé, donc hors cabinet.

Pour la chirurgie ambulatoire, la confusion s'est portée jusque dans les termes mêmes des lois hospitalières de 1970 et 1991 et de ses décrets d'application de 1992<sup>2</sup>, qui ont mélangé chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile (HAD), définies toutes les deux comme des alternatives à l'hospitalisation. En effet, la chirurgie ambulatoire n'est pas *stricto sensu* une alternative à l'hospitalisation, mais reste bien une alternative à l'hospitalisation complète avec des patients pris en charge la journée dans des places de chirurgie ambulatoire regroupées dans des unités de chirurgie ambulatoire (UCA). L'hospitalisation à domicile constitue bien pour sa part une vraie alternative à l'hospitalisation, puisqu'elle délivre des soins au domicile des patients. Il aurait fallu pour la chirurgie parler de « chirurgie de jour » plutôt que de « chirurgie ambulatoire » pour lever cette ambiguïté, comme on le fait d'ailleurs dans d'autres pays : en Allemagne (*tageschirurgisch*) ou en Italie (*day surgery*).

Cette confusion originelle s'est pérennisée dans d'autres textes officiels portant notamment sur la tarification des séjours de chirurgie ambulatoire :

- la circulaire budgétaire de 2004 assimilait du point de vue des tarifs le « vrai » séjour ambulatoire sans nuitée et le « faux » séjour ambulatoire de très courte durée avec une nuitée d'hospitalisation ;
- le modèle de la tarification à l'activité (T2A), mise en place progressivement à partir de 2004, n'aurait pas dû s'appliquer pour la chirurgie ambulatoire car la principale variable pour tarifier un séjour dans le modèle T2A est la durée de séjour (plus la durée de séjour est longue, plus le tarif du séjour est élevé). Or, pour l'ambulatoire, la durée de séjour est nulle (pas d'hébergement avec nuitée). On l'a malgré tout appliqué : les tarifs ambulatoires étaient

2. Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique.



donc par construction moins élevés qu'en hospitalisation complète, alors que l'intervention en chirurgie ambulatoire et son environnement sont identiques dans les deux prises en charge et que, de plus, la qualité des soins est supérieure en chirurgie ambulatoire. Les pouvoirs publics ont fait marche arrière plusieurs années après en instituant progressivement le tarif identique (même tarif en ambulatoire et en hospitalisation complète), ce qui de fait « sort » la chirurgie ambulatoire du modèle T2A.

Cette ambiguïté sur les notions d'ambulatoire et de virage ambulatoire se continue dans les définitions, et donc les périmètres, de ce qui relève de la médecine hospitalière, chirurgie hospitalière, médecine interventionnelle et soins externes. Du fait de l'absence de définition légale qui précise ce que recouvre un acte chirurgical, un séjour de médecine ou un acte interventionnel, la définition se fait par défaut au gré des nomenclatures, des classifications et des textes publiés. Quelques exemples :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM) considère l'acte suivant comme un acte chirurgical, alors qu'il est traité, comme de la médecine par la T2A : NEEPO02 (réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale); la procédure de mise sous autorisation préalable (MSAP) issue de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 considère l'acte suivant comme chirurgical, alors que l'instruction du 28 septembre 2015<sup>3</sup> le voit comme de la médecine : JKFE002 (résection de myome de l'utérus, par hystérocopie);
- l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015 considère les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses comme de la chirurgie nécessitant un passage au bloc opératoire, au même titre que les IVG instrumentales, alors qu'elles relèvent très manifestement de la médecine et alors même que le décret du 15 avril 2021<sup>4</sup> autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé, lesquels curetages bénéficient actuellement de la prise en charge hospitalière.

Ces quelques exemples sont loin d'être anodins, puisqu'ils représentent annuellement un million d'actes.

### Une ambiguïté renforcée par l'évolution technologique

Parachevant ces ambiguïtés, l'évolution des techniques vient impacter encore plus cette instabilité des textes, des nomenclatures et des classifications. La frontière devient de plus en plus poreuse entre la chirurgie classique avec effraction corporelle, qui nécessitait une prise en charge en chirurgie traditionnelle par un chirurgien, et l'activité dite interventionnelle, qui se fait en consultation par un médecin (gastro-entérologue, radiologue, cardiologue). On peut citer la pose de Mitraclip par voie percutanée pour insuffisance mitrale en cardiologie interventionnelle, la pose de prothèse aortique abdo-

minale par voie endovasculaire, la vertébroplastie ou cyphoplastie par ballonnet en neuroradiologie.

Cette évolution n'est pas encore prise dans les textes et ne le sera pas dans les années qui viennent puisque les nouveaux décrets d'autorisation d'activité de soins en cours de publication reprennent la séparation entre activité de chirurgie et activité interventionnelle, alors que le geste en tant que tel ou la personne qui pratique ce geste (chirurgien ou médecin) compte moins que le niveau d'environnement technique adéquat et les compétences nécessaires.

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, au-delà de la question sémantique hôpital ou ville, la médecine ambulatoire hospitalière est aussi peu caractérisée. Il n'y a pas de lieu de production dédiée, pas d'acte caractéristique, pas de tarification précise via les groupes homogènes de malades. Ainsi, la médecine ambulatoire peut regrouper des séances de soins (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie), de la médecine interventionnelle (gastroscopie, coloscopie, chirurgie endovasculaire...), des bilans en hôpital de jour (HDJ) et des passages en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Pour chacune de ces prises en charge, les durées de séjour peuvent être variables (de quelques heures à trois jours) et les circuits sont spécifiques, non transposables entre ses différentes composantes.

À cette difficulté de caractériser la médecine ambulatoire hospitalière s'ajoute la question de la frontière entre l'hospitalisation et la ville, notamment au travers des « soins externes » dits actes et consultations externes (ACE). Ce sont des soins pratiqués à l'hôpital, mais dont le niveau d'environnement est celui d'un cabinet de ville libéral. Il n'y a aucun recueil d'informations sur les soins externes et donc aucune connaissance précise des pratiques. Le texte qui régissait cette frontière, dite « circulaire frontière »<sup>5</sup>, publié en 2010, a été source d'incompréhensions, car, d'une part, la frontière était définie par défaut en ne précisant que l'hospitalisation (HDJ ou UHCD) et, d'autre part, les seules règles de facturation des hospitalisations d'ordre administratif étaient insuffisamment précises.

Pour la facturation d'un séjour en unité d'hospitalisation de courte durée, il fallait trois conditions : un caractère instable ou un diagnostic incertain; une surveillance médicale et un environnement paramédical ne pouvant être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation; la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques. Pour la facturation d'un séjour en hospitalisation de jour, les trois conditions cumulatives étaient les suivantes : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel adaptés; un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique d'anesthésie ou par une équipe dont la coordination est

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

4. Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé.

5. Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).



assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Dix années ont été nécessaires pour introduire une notion plus médicale de gradation des soins avec l'instruction du 10 septembre 2020<sup>6</sup>, qui précise les niveaux de prises en charge, non seulement de l'hospitalisation de jour, mais aussi de l'activité externe avec la reconnaissance d'un niveau intermédiaire, ainsi que la possibilité d'un « rescrit tarifaire » pour traiter les situations inclassables. Dans ces annexes sont énoncés les soins externes, les prestations hospitalières sans hospitalisation (urgences, petit matériel, sécurité et environnement hospitalier, produits pharmaceutiques en environnement hospitalier), les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée, l'hospitalisation de jour et les forfaits pathologies chroniques.

### Passer du lieu de délivrance des soins à l'environnement et aux compétences nécessaires

Ainsi, c'est par la tarification que commencent à être définis les différents niveaux d'environnement et leur gradation. Il est à rappeler que la tarification reste un des lieux majeurs de mise en cohérence entre les différentes sphères d'activité concernées : médicale, économique, financière, éthique, politique [9].

6. Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 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.

À ces ambiguïtés sur la chirurgie ambulatoire et la médecine ambulatoire s'ajoutent celles d'un virage ambulatoire qui ne comporte pas *stricto sensu* le transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville. Le virage ambulatoire ne devrait pourtant admettre que des transferts de l'hôpital vers la ville, avec, par exemple en médecine, le transfert de cures de chimiothérapie hospitalière vers la chimiothérapie *per os* à domicile, ou, par exemple en chirurgie, le transfert de la chirurgie ambulatoire hospitalière vers la chirurgie de cabinet en ville. Mais ce virage ambulatoire, tel que défini dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans le programme ma santé 2022, recouvre aussi des notions très éloignées de l'ambulatoire, comme la pertinence des séjours (« favoriser le maintien des patients à domicile en évitant des hospitalisations non pertinentes »), ce qui relève plutôt de l'évaluation des pratiques professionnelles, ou comme la récupération améliorée après chirurgie (Raac), qui correspond à une réduction de durée de séjour hospitalière sans ambulatoire et qui relève également des bonnes pratiques professionnelles.

Il faut donc penser différemment : ce n'est plus le lieu de production (hôpitaux, cliniques, *free standing centers*, centres de santé, cabinets de ville...) qui importe, mais bien les niveaux d'environnement et les compétences, qu'il faudrait impérativement définir réglementairement. C'est à ce prix que la qualité et la sécurité des soins seront assurées et que le virage ambulatoire (qu'il conviendra de préciser sémantiquement et réglementairement) se réalisera. ➔

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

## Panorama français du virage ambulatoire

### Gilles Bontemps

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Caisse nationale d'assurance maladie

### François Richaud

Direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

### Prescillia Nunes

Interne de médecine, spécialité santé publique, direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

Compte tenu des questions sémantiques de définition et de périmètre du virage ambulatoire, le panorama français sur le virage ambulatoire présenté ici comportera les deux seules parties suivantes : une première sur la chirurgie ambulatoire hospitalière (hors chirurgie de cabinet) et une seconde sur la médecine ambulatoire hospitalière (hors séances, hors médecine interventionnelle et hors soins externes).

### La chirurgie ambulatoire hospitalière

La pratique de la chirurgie ambulatoire est autorisée en France depuis 1992<sup>1</sup> et s'est développée lentement mais régulièrement depuis trente ans.

Son suivi a évolué dans le temps : initialement ciblé sur quelques actes – liste des dix-huit gestes marqueurs

1. Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du Code de santé publique ; décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

à partir de 2003<sup>2</sup> –, le suivi s'est ensuite étendu à partir de 2015 à la totalité des actes de chirurgie. La liste initiale des dix-huit gestes marqueurs, liste limitée mais significative d'actes potentiellement ambulatoires dérivant d'une liste internationale de l'OCDE, a été coconstruite par la Caisse nationale d'assurance maladie et l'Association française de chirurgie ambulatoire. Toutes les spécialités y étaient représentées. Elle recouvrait 36 % de l'activité chirurgicale française et a vu son taux d'ambulatoire passer de 33 % en 1999 à 85 % en 2018. Dès lors que la quasi-totalité des actes de cette liste fut ambulatoire, cette liste a cédé la place à un suivi annuel du taux ambulatoire sur la totalité de la chirurgie.

### Des différences régionales

Le taux national de chirurgie ambulatoire sur la totalité de la chirurgie (tous les chiffres et graphiques du panorama chirurgical proviennent de l'outil d'accompagnement en

2. Programme national inter-régimes (Pnir). Enquête chirurgie ambulatoire. Volet synthèse et mise en perspective. Caisse nationale d'Assurance maladie, septembre 2003.

open data Visuchir) est ainsi passé de 47 % en 2013 à 61 % en 2021, avec une progression annuelle de 2 à 2,5 points entre 2013 et 2016. On observe ensuite un ralentissement de la progression, entre 1,5 à 2 points/an entre 2017 et 2019, puis une stagnation en 2020, et une reprise de la progression en 2021 selon la tendance observée depuis 2017 (effet de la crise sanitaire liée au Covid-19) (figure 1).

Mais ce taux national est un taux moyen, recouvrant des situations variables selon les régions et selon les catégories juridiques. Ainsi, en 2021, les taux régionaux varient entre 59 % et 64 %, hors DOM. Ce différentiel, actuellement de 5 points, a été divisé par quatre depuis

2000. Les régions les plus avancées en 2021 sont l'Île-de-France, les Pays de la Loire et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, et les plus en retard sont le Centre-Val de Loire, le Grand-Est, la Normandie et la Corse (figure 2).

### Des disparités selon les catégories juridiques des établissements et les spécialités

Mais les écarts concernent surtout les catégories juridiques des établissements, les cliniques privées étant historiquement plus en avance que le secteur public, car ayant engagé la substitution ambulatoire dès les années 1990, quinze ans avant les établissements publics. En 2021, alors que les deux tiers de la chirurgie sont pris en

figure 1

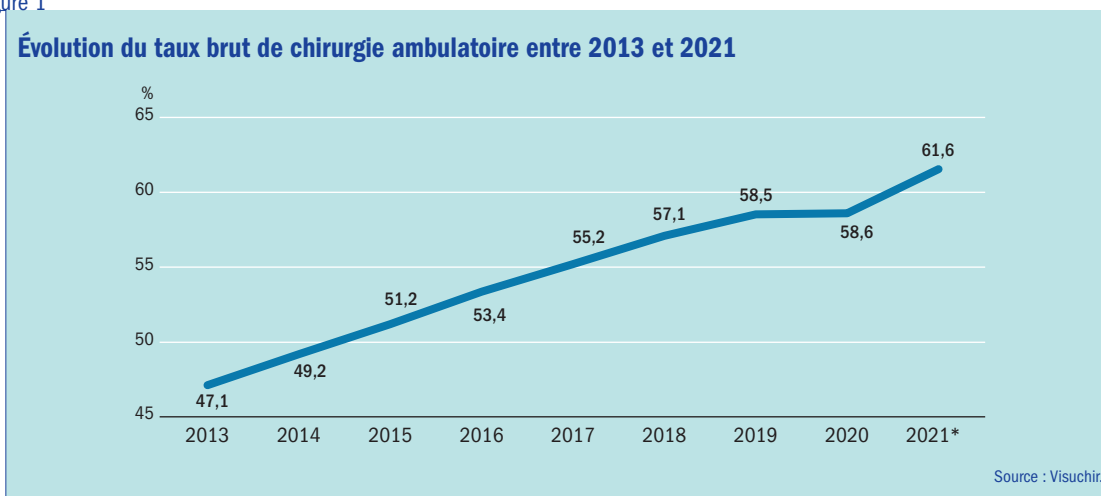
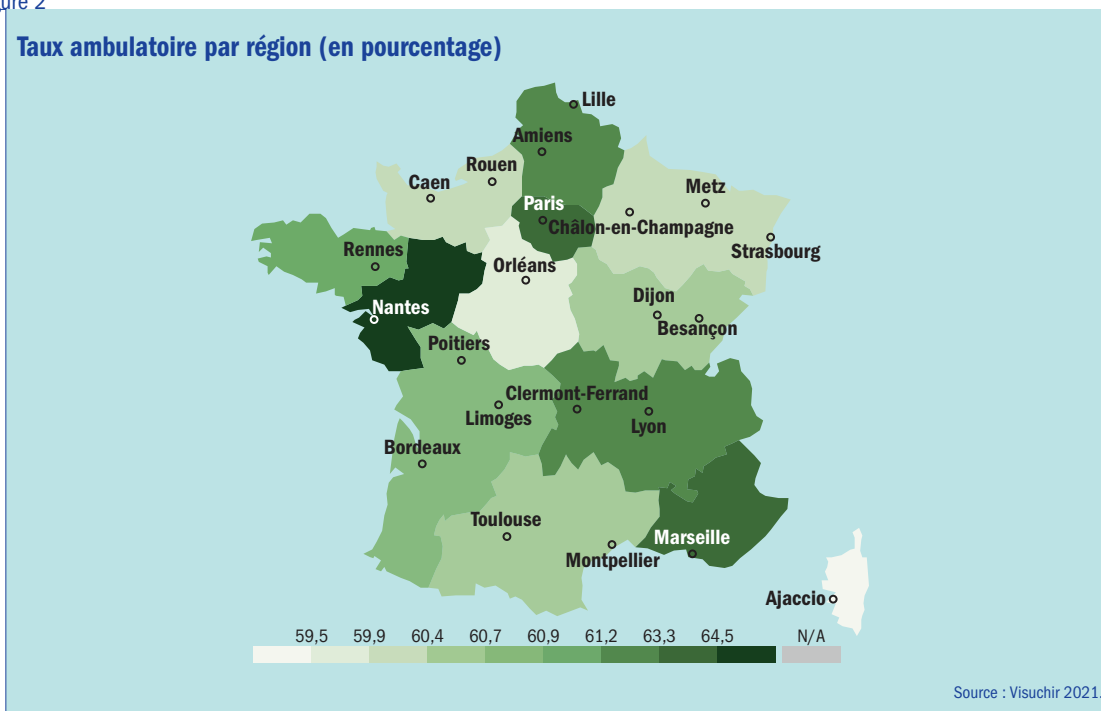


figure 2





## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

charge dans le secteur privé (cliniques privées lucratives et non lucratives), les parts de marché ambulatoires du secteur privé s'élèvent à 74 % contre 26 % pour le public (centres hospitaliers régionaux universitaires et centres hospitaliers). Les taux moyens nationaux de chirurgie ambulatoires sont respectivement de 38 % pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/U), 51 % pour les centres hospitaliers (CH), 54 % pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC), 62 % pour le privé non lucratif (Espic) et 71 % pour les cliniques privées commerciales (cliniques), mais recouvrent des situations très disparates : par exemple pour les CHR/U, l'Institut ophtalmologique de Picardie du CHU d'Amiens et Jean Verdier de l'AP-HP ont respectivement des taux de chirurgie ambulatoire de 97 % et 84 %, St Eloi du CHU de Montpellier et Beaujon de l'AP-HP respectivement des taux de 15 % et 14 %.

Ce taux brut est déconnecté de l'éventail et de la lourdeur des cas traités (*case-mix*) et n'est souvent pas pertinent pour illustrer la performance ambulatoire d'un établissement de santé. Il est préférable de se baser sur l'indicateur de performance de chirurgie ambulatoire (IPCA) Anap-ATIH<sup>3</sup>, score composite prenant en compte le volume des pratiques ambulatoires, le *case-mix* de l'établissement et l'innovation ambulatoire pratiquée. Ce score mesure la performance ambulatoire d'un établissement de santé sur une échelle de 1 (établissement français le moins performant en ambulatoire) à 70 (établissement français le plus performant). En 2020, la médiane de l'IPCA des centres hospitaliers est de 16 (315 sites chirurgicaux), celle des CHR/U est de 19 (102 sites), celle des Espic de 22 (62 sites), celle des CLCC de 24 (19 sites) et, enfin, celle des cliniques de 28 (439 sites). Ce score confirme bien que le secteur privé a non seulement les taux de chirurgie ambulatoire les plus élevés, mais est aussi globalement plus performant en ambulatoire que le public.

Les taux d'ambulatoire sont également variables selon les spécialités. Les spécialités « tête et cou », dont le niveau d'environnement chirurgical est souvent le plus réduit, sont historiquement celles qui se sont développées les premières en ambulatoire, et qui observent les taux d'ambulatoire les plus élevés.

En 2021, la chirurgie ophtalmologique a un taux de chirurgie ambulatoire de 94 %, la chirurgie ORL et maxillo-faciale de 63 %. L'orthopédie et traumatologie est à 56 %, la chirurgie viscérale et digestive à 45 % et l'urologie à 44 %. Au sein de chaque spécialité, les taux d'ambulatoire varient également.

- En urologie : de 6 % d'ambulatoire (troubles mictionnels) à 81 % (androgénologie) en passant par les 20 % de la cancérologie.
- En ophtalmologie : de 31 % d'ambulatoire (chirurgie de l'orbite) à 96 % (cataracte) en passant par les 31 % de la chirurgie de la cornée.

3. 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.

- En chirurgie viscérale et digestive : de 3 % d'ambulatoire (chirurgie œsophage, estomac et région hiatale) à 83 % pour la pose de cathéter relié à une veine profonde, en passant par les 40 % des cholécystectomies.
- En ORL et maxillo-faciale : de 9 % d'ambulatoire (chirurgie cervico-faciale) à 84 % (chirurgie plastique reconstruction de la face) en passant par les 15 % de la cancérologie.
- En orthopédie et traumatologie : de 3 % d'ambulatoire (chirurgie du rachis ou de la hanche) à 85 % (chirurgie de la main) en passant par les 43 % de la chirurgie du genou.

En conclusion, la chirurgie ambulatoire s'est développée en France depuis trente ans pour atteindre 61 % en 2021, loin de la cible ministérielle de 70 % en 2022 et de la préconisation n° 5 de 80 % du rapport sur le virage ambulatoire du Haut Conseil de la santé publique de juin 2021 : « atteindre 80 % de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil Visuchir et des travaux des sociétés savantes ».

### La médecine ambulatoire hospitalière

Quand on parle de virage ambulatoire à l'hôpital, c'est inmanquablement la chirurgie qui vient en premier. La seconde place de la médecine est avant tout la résultante de difficultés d'approche du sujet : l'imprécision de ses frontières par rapport aux séances, aux consultations externes et multidisciplinaires d'abord ; l'imprécision de la classification CIM10 pour la coder, qui devient plus criante en l'absence d'actes CCAM associés, ensuite ; le faible niveau de précision exigé par le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) pour intégrer des GHM (groupes homogènes de malades) de médecine, en troisième lieu. À cela vient s'ajouter l'association de séjours programmés et non programmés, le PMSI calculant les durées des séjours sur la base d'un hébergement à minuit, ce qui amène à relativiser la « durée 0 » aux urgences. Enfin, la médecine ambulatoire hospitalière est dispersée dans de nombreux services hospitaliers et non pas centrée par une prise en charge bien définie comme celle au bloc opératoire.

Il résulte de ce qui précède : d'une part, la tentation simplificatrice à l'excès de définir la médecine ambulatoire par ce qu'elle n'est pas : ni chirurgicale, ni assortie d'hébergement ; et, d'autre part, le recours aux dires d'experts pour en connaître des pans spécialisés mais sans avoir de vue d'ensemble.

Le HCSP a impulsé le développement d'un algorithme pour sélectionner les séjours relevant *a priori* de la médecine ambulatoire avec une approche en priorité par les diagnostics pour se prémunir des simplifications médico-économiques. Le PMSI ne retient que les séjours d'une seule unité médicale, car plus de 99 % de l'activité ambulatoire « sans nuitée » présentait cette caractéristique sur l'année de développement (2018). Ce constat a créé l'opportunité d'isoler les différentes unités médicales retrouvées afin de mettre

tableau 1

### Panorama des principaux regroupements de séjours par univers de soins en 2020, selon l'algorithme de médecine ambulatoire du PMSI

Univers	Effectif	Principaux agrégats dans l'univers	Effectif	Proportion dans l'univers	
Urgences adultes	1 113 211	Douleur au niveau de la gorge et du thorax	81 581	7,33 %	
		Troubles du comportement liés à la consommation d'alcool	72 811	6,54 %	18,74 %
		Douleur abdominale et pelvienne	54 272	4,88 %	
Médecine adultes	689 512	Diabète (type 1, 2, gestationnel)	77 882	11,30 %	
		Douleur non classée ailleurs	42 837	6,21 %	23,29 %
		Ascite	39 885	5,78 %	
Chirurgie adultes	180 800	Anémie par carence en fer	10 574	5,85 %	
		Avortement médical	8 978	4,97 %	
		Douleur non classée ailleurs	8 677	4,80 %	20,40 %
		Ajustement et entretien d'une prothèse interne	8 651	4,78 %	
Gynécologie-obstétrique	141 765	Avortement médical	80 824	57,01 %	
		Diabète sucré au cours de la grossesse	12 558	8,86 %	72,68 %
		Surveillance d'une grossesse à haut risque	9 649	6,81 %	
Médecine enfants	127 637	Fibrose kystique	8 481	6,64 %	
		Allergologie	7 770	6,09 %	21,18 %
		Retard du développement physiologique	5 946	4,66 %	
		Diabète sucré de type 1	4 834	3,79 %	
Oncologie	109 458	Hématologie	36 880	33,69 %	
		Douleur non classée ailleurs	7 466	6,82 %	45,26 %
		Tumeur maligne du sein	5 192	4,74 %	
Urgences enfants	94 845	Lésion traumatique intracrânienne	11 424	12,04 %	
		Asthme	7 458	7,86 %	26,03 %
		Gastroentérites et colites d'origine infectieuse ou non précisée	5 806	6,12 %	
Médecine personnes âgées	70 511	Démences	12 204	17,31 %	
		Ascite	4 224	5,99 %	27,45 %
		Symptômes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience	2 925	4,15 %	
Douleurs chroniques rebelles	35 076	Douleurs chroniques non classées ailleurs	31 697	90,37 %	
		Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	1 222	3,48 %	96,19 %
		Affections du système nerveux	821	2,34 %	
Addictologie	33 688	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	25 071	74,42 %	
		Troubles de l'alimentation non organiques	2 641	7,84 %	88,86 %
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres drogues et substances psychoactives	2 223	6,60 %	
Chirurgie enfants	22 674	Affections ORL, dont caries dentaires	12 604	55,59 %	
		Affections de l'œil	1 705	7,52 %	66,26 %
		Maladies endocriniennes hors diabète	714	3,15 %	

N.B. : les établissements de santé ne présentent pas toutes les unités médicales, notamment les plus spécialisées. De fait, les résultats issus de cette typologie doivent être interprétés au regard de l'offre hospitalière, notamment dans les petits établissements. Pour illustrer ce propos, nous pouvons prendre l'exemple des séjours pour IVG, qui, majoritairement codés dans des unités médicales de gynécologie-obstétrique, sont retrouvés également en médecine et chirurgie adultes, réalisés sans doute dans des établissements de santé n'ayant pas d'unité médicale spécifique pour la spécialité.

Source : PMSI 2020. Travaux Assurance maladie. Ces données sont issues des séjours, sélectionnées par l'algorithme, ne comportant qu'un seul résumé d'unité médicale (RUM).





en place onze « univers de soins », renforçant la lisibilité des informations des séjours. Cette procédure appliquée à 2020 a donné un panorama représenté dans le tableau 1.

Si certains univers comme celui de gynécologie-obstétrique ou de l'addictologie sont bien définis, avec des agrégats de prise en charge délimités (gynécologie-obstétrique : 57 % des séjours pour IVG et 31 % pour des affections de l'*antepartum*), d'autres univers restent difficiles à catégoriser, comme la médecine adultes. Malgré la présence de codes suffisants, comme pour l'ascite, pour comprendre la prise en charge, d'autres situations appelleraient des précisions et le seul codage du diagnostic principal (DP) ne nous permet pas de tirer suffisamment d'informations pour interpréter le séjour, comme « douleur non classée ailleurs ».

Toutes spécialités confondues, le codage des séjours fait ressortir la prépondérance des groupes d'activités relevant d'une notion de suivi, de surveillance et d'exploration, qui représentent ensemble environ 42 % des séjours de l'univers de médecine adultes, 49 % des séjours de l'univers médecine enfants et 47 % de l'univers médecine personnes âgées.

La prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs représentent un domaine d'activité important, avec 6,2 % des séjours de l'univers de médecine adultes, chiffre assez stable dans d'autres univers comme celui de l'oncologie, avec 6,8 % des séjours. Un univers

douleurs chroniques a été isolé, mais ne nous permet pas de catégoriser de manière plus précise le contexte de ces douleurs.

Le panorama obtenu est appelé à gagner en netteté, avec la mise en place par la Cnam d'un outil dédié à l'analyse de la médecine ambulatoire : VisuMed, en *open data*. Cette mise en place permettra aussi de s'interroger sur la question de l'adéquation entre le type de prise en charge, l'endroit de sa prise en charge et la durée de séjour adéquate : « *le bon patient au bon endroit pour la bonne durée de séjour* ». La notion de qualité des soins se profile derrière les questions d'organisation (les modes d'organisation sont différents selon les durées de séjour : ambulatoire, moins de 48 heures, moins de 72 heures et plus de 72 heures) et de pertinence (avec notamment la constatation de durées de séjours de plus de huit jours dans les unités d'hospitalisation de courte durée [UHCD]).

Des progrès seront facilités si le codage se fait plus précis, si des établissements et institutions de santé collaborent pour préciser les connaissances acquises. Ce travail collaboratif permettrait d'associer l'approche globale du sujet et les approches spécialisées des cliniciens, pour construire progressivement une culture de la médecine ambulatoire similaire à celle existant pour la chirurgie ambulatoire et définir un champ plus lisible pour tous. Dès lors, des mesures incitatives pourront être mieux ciblées, mieux comprises, et plus effectives. ➔

## Évolution et organisation des prises en charge en chirurgie ambulatoire

**Gilles Cuvelier**  
Praticien hospitalier,  
chef de service  
au centre hospitalier  
de Cornouaille,  
Quimper

Les volumes de chirurgie ambulatoire ont augmenté d'année en année, plus lentement que les objectifs annoncés : 47 % des actes chirurgicaux en 2013, la chirurgie ambulatoire est maintenant devenue majoritaire (lire p. 14).

### Depuis vingt ans, quelles évolutions ?

Les établissements de santé ont tous créé leur unité de chirurgie ambulatoire (UCA), la chirurgie ambulatoire « foraine » (hors UCA) est en train de disparaître<sup>1</sup>. Ces unités de chirurgie ambulatoire ont, pour les premières,

**1.** Quelles structures peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire ? En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale. Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférerait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

plus de vingt années d'existence, un certain nombre d'entre elles ont plusieurs fois évolué sur le plan architectural à la fois pour accueillir plus de patients, mais aussi pour pouvoir appliquer des principes de *lean management* avec des circuits différenciés, une marche en avant, un accueil des patients en *box*, en cocons, en fauteuils ou en lits non plus à l'arrivée du patient mais au retour du bloc opératoire. Certaines unités en sont à leur quatrième version architecturale.

D'actes chirurgicaux simples, la chirurgie ambulatoire s'est progressivement élargie aux actes complexes. Les premières prothèses de genou et de hanche sont apparues en 2012 ; en 2013, *sleeve* et puis *by-pass* pour obésité morbide, résection pulmonaire, colectomie pour cancer, thyroïdectomie, néphrectomie ; en 2014, colectomie totale, hernie discale, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale. La chirurgie robotique y participe également (prostatectomie radicale, néphrectomie partielle et totale, curage lombo-aortique...).

Rares sont devenus les gestes non réalisables ou non programmables le jour suivant en ambulatoire. Les urgences chirurgicales n'ont pas dérogé à cette évolution : appendicite aiguë, cholécystites aiguës, fractures et plaies sont dans beaucoup d'établissements pris en charge aux urgences puis opérés soit le jour même soit reconvoqués le lendemain en chirurgie ambulatoire.

L'évolution a également concerné les patients, la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui réalisable et effectuée du plus jeune âge (quelques mois), dans certains centres spécialisés, au plus grand âge. Certains patients autrefois écartés, en raison de comorbidités, sont maintenant admis ; ASA 3 équilibré<sup>2</sup>, syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Les idées ont évolué, les fausses croyances s'effacent : vivre seul n'est plus un obstacle complet à une prise opératoire ambulatoire sous anesthésie générale. La balance risque/bénéfice est maintenant une règle adoptée par les équipes anesthésiques et chirurgicales qui décident au cas par cas.

Les pouvoirs publics ont encouragé tardivement la chirurgie ambulatoire en alignant la tarification en ambulatoire sur les tarifs d'hospitalisation complète (2014). Persiste encore sauf exceptions (quelques actes majeurs sous condition de récupération améliorée après chirurgie [Raac]<sup>3</sup>), la non-prise en charge des CMA (Comorbidité associé, la lourdeur du patient) qui, lors du codage en hospitalisation complète, majore les tarifs.

Le *lean management*, les principes d'organisation industrielle ont longtemps rebuté le monde médical avant qu'il comprenne que même en chirurgie l'objectif était la qualité et que le gaspillage, les temps perdus existaient et pouvaient disparaître au grand profit des patients. L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a été un acteur majeur dans cette évolution.

La réhabilitation précoce, condition indispensable à la chirurgie en ambulatoire, s'est étendue à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle à travers la Raac. Les équipes anesthésiques et chirurgicales ont élargi à tous leurs patients les bienfaits de l'absence de prémédication, du jeûne raccourci, de l'épargne morphinique, de la mobilisation précoce, de l'analgésie multimodale, pratiqués initialement en chirurgie ambulatoire.

La culture de la gestion des risques s'est diffusée à travers les sociétés savantes qui ont produit des recommandations pour la chirurgie ambulatoire, engagé leurs médecins dans des processus d'accréditation individuelle puis d'accréditation d'équipe. La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Anap ont ensemble édité une somme d'informations et de recommandations sur la

chirurgie ambulatoire : *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire* [36].

De nouveaux outils sont apparus en *open source*, accessibles par tous sous l'impulsion de Guy Bazin, puis de Gilles Bontemps à l'Anap puis à l'Assurance maladie : Hospidiag puis Visuchir<sup>4</sup>. Plus précis dans leur description, et concernant l'ensemble des établissements de santé, ces outils jettent aux oubliettes les quelques classements des hôpitaux annuels à vision limitée. Ils permettent aux équipes médicales de suivre leur évolution et de se comparer ; aux directions des établissements de soins et aux agences régionales de santé (ARS) d'échanger sur des réalités partagées, aux sociétés savantes d'accompagner leurs équipes chirurgicales vers les bonnes pratiques.

### Les grands principes d'organisation perdurent

L'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca)<sup>5</sup> défend et promeut de longue date les grands principes d'organisation, avec un petit nombre de bénévoles militants. Nous parlerons des unités, de la sélection des patients, de la continuité des soins et de la démarche qualité.

L'unité de chirurgie ambulatoire a été la cheville ouvrière du développement de la chirurgie ambulatoire, elle le reste. La formation de son personnel reste un impératif de qualité. Les unités de chirurgie ambulatoires doivent évoluer fonctionnellement et architecturalement avec leur développement.

La sélection des patients, l'éligibilité à l'ambulatoire doivent toujours être vérifiées par le chirurgien et l'anesthésiste. Ce n'est pas l'acte chirurgical qui est ou non ambulatoire, c'est l'association acte-patient-unité de chirurgie ambulatoire, voire le réseau mis en place, qui rend éligible ou non. Certains centres expérimentés peuvent rendre éligible à l'ambulatoire des patients pour des actes complexes qui ailleurs seraient dangereux.

La continuité des soins est un véritable défi à nos établissements de santé. Impérative en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée et éprouvée. Elle devrait *a fortiori* l'être en hospitalisation traditionnelle, et curieusement elle ne l'est pas. Les outils digitaux sont une aide certaine pour cela, ils éviteront des appels téléphoniques systématiques inutiles et chronophages. Ils permettront sans doute d'améliorer les contacts entre les professionnels des établissements de soins et les professionnels de ville : à la fois avec les patients et les professionnels de soins de ville qui ont pris le relais. Les hôpitaux doivent s'approprier leur usage.

La démarche qualité a été l'objet du premier congrès de l'Afca en 1996. Visionnaire, elle anticipait l'arrivée de l'accréditation. Plus que jamais, cette démarche

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2. Classification de la société américaine d'anesthésie ASA3 : patient avec une pathologie équilibrée pouvant mettre en jeu son risque vital, par exemple patient coronarien équilibré.

3. Réhabilitation améliorée : la Raac est une prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après un acte chirurgical.

4. Visuchir : <https://www.scansante.fr/applications/visuchir>

5. Association française de chirurgie ambulatoire : <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/>



## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

qualité doit être initiée, pilotée et évaluée régulièrement par les unités de chirurgie ambulatoire.

### Le Covid-19 a redistribué les cartes d'une demande sociétale plus forte

C'est en tout cas une demande des patients : la possibilité du retour chez soi toujours plus vite, exigée de plus en plus avec l'idée du moindre risque (infectieux) d'un séjour hospitalier raccourci. À nous de vérifier l'éligibilité des patients, qui ne relèveront bien sûr pas tous de la chirurgie en ambulatoire.

C'est en tous cas devenu aussi une demande « sécuritaire » réactualisée par le Covid-19 : permettre un moindre risque épidémique par la brièveté du séjour pour le patient, grâce aux locaux et matériaux (nombre d'intervenants limité, circuits raccourcis).

La chirurgie ambulatoire sera-t-elle aussi une des solutions pour nous aider à résorber nos listes d'attente post-Covid (moins 1 million d'actes chirurgicaux réalisés en France en 2020, soit -16 %, dont -92 000 actes en urologie soit -10 %, dont -28 % pour la chirurgie de l'incontinence) ?

### Des évolutions sont prévisibles, des questions restent posées

30 % de la chirurgie française relève non pas de la chirurgie ambulatoire mais de soins ambulatoires : c'est la chirurgie dite « de cabinet », déjà développée outre-Atlantique. Je vous renvoie à l'article qui suit, dédié à cette problématique (lire p. 32).

Les centres autonomes de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Center [ASC]* aux États-Unis) sont inexistantes en France, pourquoi ? Ils ont prouvé à l'étranger leur efficacité pour développer la chirurgie ambulatoire.

Les textes ministériels (dont les nouveaux décrets d'autorisation sur l'activité interventionnelle) définissant le champ de la chirurgie apparaissent dépassés : de nombreux actes chirurgicaux interventionnels endovasculaires, échographiques, endoscopiques, extra-corporels (30 000 actes de lithotritie<sup>6</sup> annuels), de radiofréquence sont exclus du champ de Visuchir car dits non chirurgicaux, et sont sous-rémunérés. La classification commune des actes médicaux (CCAM) est dépassée, de nombreux actes innovants n'y figurent pas, notamment en chirurgie cœlioscopique robotique. La robotique va se développer en chirurgie et en chirurgie ambulatoire. Les décrets de chirurgie sont obsolètes. Ils vont être réactualisés, il est urgent de faire évoluer la CCAM.

Visuchir est un outil intéressant à de nombreux titres, il permet par exemple de comparer les centres les plus performants (en volume et en taux d'ambulatoire). Et de voir que, même pour de très gros volumes, certains actes peuvent être réalisés de 0 % à 70 % en ambulatoire. Pourquoi de telles différences ? La

chirurgie ambulatoire est probablement une question de volonté, de choix. Volonté et choix de chirurgien, d'équipe anesthésique, d'établissement. Celui de la performance, de la dynamique d'équipe, de la qualité des soins, de la sécurité des patients, de leur confort et de leur satisfaction.

Il convient de l'encourager encore, c'est le chirurgien qui propose la chirurgie ambulatoire. Pourtant, c'est pour lui et son équipe, plus compliqué, plus chronophage à organiser qu'une prise en charge chirurgicale classique en hospitalisation traditionnelle. La revalorisation des actes en chirurgie ambulatoire a été faite pour les établissements avec le tarif unique. L'incitation financière a consisté, en 2014, à la création d'un tarif unique entre l'ambulatoire (avant 2014 sous-tarifé par rapport à l'hospitalisation traditionnelle) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (la lourdeur du patient, les comorbidités associées ne sont à ce jour sauf exceptions non rémunérées en ambulatoire).

Pourquoi ne pas rétribuer aussi le chirurgien (et l'anesthésiste ?) en créant un nouveau modificateur de la CCAM, ou avec un intéressement, au même titre que les modificateurs existants déjà pour les urgences, l'âge du patient, la chirurgie itérative, voire le J et le K « majoration transitoire de chirurgie » ? Pourquoi ne pas créer un nouveau modificateur que l'on nommerait « CA », comme chirurgie ambulatoire ?

### Pour conclure

Et si, en fait, la chirurgie ambulatoire était le signe ou le marqueur de progrès et de qualité de la prise en charge chirurgicale ?

- Marqueur de qualité de la technique chirurgicale : qualité de la dissection, de l'hémostase, qualité des sutures permettant de supprimer le drainage, de limiter les risques de complications postopératoires.
- Marqueur de qualité de l'anesthésie, des soins péri-opératoires (gestion de la douleur, des nausées et vomissements, incitation à la réalimentation et à la déambulation précoces).
- Marqueur de la qualité de la gestion des risques post-opératoires (hémorragie, infection, accident thromboembolique).
- Marqueur de la qualité de la continuité des soins (planification de la gestion des risques post-opératoires après la sortie : contact du lendemain, suivi digital, consultations ciblées, procédure de contact et de réhospitalisation simplifiées).
- Marqueur de l'évaluation de la qualité des soins, intégrée à la pratique : annulations, conversions, réadmissions à trente jours.

« *Qui peut le plus, peut le mieux* » : c'est le titre du dernier numéro d'*Urojonction*, le journal de l'Association française d'urologie (AFU), numéro consacré à la chirurgie ambulatoire. Réussir l'ambulatoire pour des actes de chirurgie complexe, au-delà de marqueurs de qualité, au-delà d'une démarche aboutie de Raac, est aussi un véritable objectif et une réussite d'équipe. ➔

6. Intervention qui consiste à traiter les calculs.

# Le virage ambulatoire : les outils de coordination

Les dispositifs de coordination visent à favoriser le virage ambulatoire, objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022, en tenant compte tant de l'évolution de l'état de santé de la population, du vieillissement et de la perte d'autonomie, que des projets de vie des personnes et de la nécessaire individualisation et gradation des prises en charge. Parallèlement, le déploiement de ce virage ambulatoire renforce le besoin de coordination entre les professionnels de santé, qui évoluent à des échelons territoriaux multiples (régionaux, départementaux, infradépartementaux) et dans des secteurs variés.

La coordination territoriale est multiple et est portée par de nombreux acteurs. Ainsi, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont vocation à accompagner la structuration de l'offre hospitalière publique sur leur territoire. Les projets médicaux partagés de deuxième génération pourraient renforcer l'articulation entre l'offre hospitalière et les structures d'exercice coordonné de ville.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (2018 au 31 décembre 2021) et centres de santé pluriprofessionnels (522 à la même date) favorisent, par une meilleure coordination des professionnels de santé de ville, la prévention en santé. Effecteurs de soins, ils permettent, à travers la prise en charge de leur patientèle, de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé. L'exercice pluriprofessionnel semble également répondre aux projets des professionnels de santé qui ne souhaitent plus un exercice isolé de la médecine. Cela participe à leur installation dans des zones sous-denses. Inscrit comme objectif prioritaire du gouvernement pour 2022, le doublement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été atteint.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent à l'ensemble des acteurs de santé qui le souhaitent (professionnels de santé de ville, établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médicosociaux, sociaux...) de se coordonner pour répondre à des problématiques de santé sur un territoire et fluidifier les parcours de santé des patients. Instaurées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, 676 communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées.

Enfin, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), auxquels nous allons plus particulièrement nous intéresser dans cet article, doivent participer à l'organisation des soins et donc à l'accélération du virage ambulatoire dans les territoires. Par ailleurs, ils doivent contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

## La coordination des parcours de santé complexe : quelle définition et quel rôle pour les dispositifs d'appui à la coordination ?

Face à l'augmentation de l'espérance de vie, au risque de perte d'autonomie et au développement croissant des maladies chroniques, la coordination des parcours de santé s'avère de plus en plus nécessaire afin de répondre aux besoins et aux souhaits des personnes et fluidifier leur parcours.

Conformément à l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'unification des réseaux de santé, des dispositifs Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins), des coordinations territoriales d'appui de l'expérimentation Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et des plateformes territoriales d'appui devra être achevée en juillet 2022 au sein des DAC. Sur décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination peuvent rejoindre les DAC.

Cette réforme répond à un double objectif :

- la simplification de l'accès à la coordination pour les professionnels ;
- la couverture totale du territoire pour lutter contre les ruptures d'égalité.

En effet, les dispositifs de coordination se sont multipliés depuis les années 1990 et avaient vocation à coordonner les parcours de santé des personnes soit par pathologie soit par public (personnes en perte d'autonomie, malades chroniques). Cette organisation fragmentée avait des conséquences négatives pour les professionnels, les personnes et leurs familles, ainsi que pour les pouvoirs publics.

Pour les professionnels, cette coordination en silos a pu conduire à des difficultés de coopération et à une coresponsabilité insuffisante menant parfois à des ruptures de parcours. Pour les personnes et les familles, cette fragmentation de l'offre rendait difficile l'accès aux services, conduisait à une multiplication des évaluations et engendrait même parfois des hospitalisations ou une institutionnalisation non nécessaires. Enfin, les pouvoirs publics avaient une faible visibilité sur la mise en œuvre des politiques, sur le service rendu par les différents dispositifs et sur la couverture des besoins de la population.

Avec la création des plateformes territoriales d'appui en 2016, la nécessité de coordonner les parcours de santé des personnes quels que soient leur âge ou leur pathologie s'impose. La réforme de 2019 et la création des DAC achève cette démarche d'unification et de mise en œuvre de dispositifs polyvalents.

Par ailleurs, l'ensemble des territoires n'étaient pas couverts par les précédents dispositifs. C'est pourquoi les DAC ont vocation à apporter un appui à la coordi-

**Laurianne Gomez**  
Chargée de mission coordination des parcours, bureau « Coopérations et contractualisations », sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS

**Yann-Maël Le Douarin**  
Adjoint au chef du bureau « Coopérations et contractualisations », sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS





## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

nation des parcours de santé ressentis comme complexes essentiellement auprès des professionnels de l'ensemble d'un territoire dans les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Si l'on se réfère à la pyramide de Kaiser (figure 1), les DAC coordonnent les parcours de santé des populations de niveau 3 (patients atteints de maladies chroniques à forte complexité) et, dans une moindre mesure, de niveau 2 (patients atteints de maladies chroniques à haut risque), soit environ 10 % de la population globale. Cependant, cette part de la population nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle, planifiée, et un suivi fin des actions menées par les différents acteurs auprès des personnes, en concertation avec les médecins traitants. La coordination des professionnels doit être efficiente et ils doivent acquérir une culture commune. Un service numérique de coordination doit également accompagner ces acteurs. C'est pourquoi cette réforme est soutenue par le déploiement, au travers du programme e-parcours<sup>1</sup>, de systèmes d'information de coordination pour tous les membres de l'équipe de soins, favorisant le partage de données des personnes suivies entre les différents professionnels.

### Des dispositifs nécessairement agiles en raison de l'hétérogénéité des territoires et de l'absence de définition de la complexité

Les dispositifs d'appui à la coordination viennent en renfort à la coordination clinique, par la mise en relation

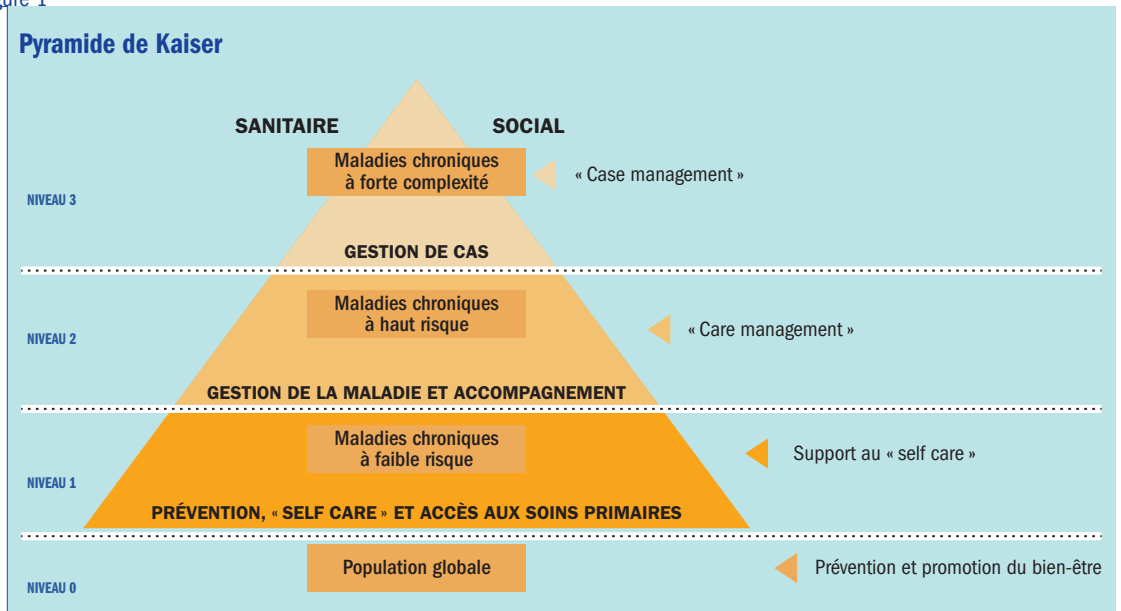
1. En appui de la stratégie de transformation du système de santé ma santé 2022, le programme e-parcours organise la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination aux professionnels. Deux types d'organisation coordonnée sont soutenus dans le cadre du programme, avec l'objectif d'un outillage commun : les dispositifs d'appui à la coordination ; les CPTS et collectifs de soins de type « article 51 ». 279 projets ont été financés au travers du programme d'e-parcours (chiffres de mai 2021), soit 119 DAC.

des professionnels et la mise en place d'interventions auprès des personnes. La coordination clinique permet de rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins. Par ailleurs, les DAC participent à la coordination territoriale, qui organise la concertation des acteurs sur les territoires. Ces deux formes de coordination sont intrinsèquement liées et s'alimentent l'une l'autre.

En matière de coordination clinique, la durée, l'intensité ou les modalités de coordination ne sont pas homogènes, et la situation clinique de la personne dépend de sa pathologie, de son autonomie et de sa situation sociale et familiale. L'offre de soins sur le territoire, l'interconnaissance des différents acteurs, la stabilité de l'écosystème dans lequel intervient un professionnel vont avoir un impact dans son appréciation de la complexité face à la situation d'une personne. Dès lors, les DAC vont être sollicités lorsqu'un professionnel est confronté à une situation ressentie comme complexe, qui repose sur une appréciation objective de la situation clinique de la personne mais également sur une appréciation plus subjective corrélée à l'expérience, à la disponibilité et au territoire. Cette absence de définition préalable de l'intensité de l'accompagnement, des formes que doivent prendre la coordination, et l'hétérogénéité des situations nécessitent une grande agilité de ces dispositifs. Loin de mettre un terme à l'accompagnement intensif, cette unification des différents dispositifs conduit à une gradation de la coordination en fonction des situations et des besoins des personnes. Cette agilité est nécessaire au succès du virage ambulatoire.

À titre d'exemple, certains dispositifs d'appui à la coordination les plus matures ont démontré leur capacité d'adaptation et de réponse lors de la crise du Covid-19. Ainsi, lors de la première vague, ils ont, dans certains territoires, en lien avec les CPTS, apporté un soutien

figure 1



aux équipes de proximité, en particulier de soins primaires et d'aide à domicile pour la continuité de l'activité (maintien à domicile des personnes, matériels, appui dans le champ des soins palliatifs), assuré le suivi et le soutien des sorties d'hospitalisation des personnes Covid+, participé aux astreintes gériatriques, diffusé des recommandations et des protocoles.

Enfin, si le décret du 18 mars 2021<sup>2</sup> prévoit un DAC par territoire afin de garantir l'équité territoriale, les territoires d'intervention n'ont pas été définis en amont de la réforme<sup>3</sup> afin que les acteurs organisent la coordination en fonction de l'offre de soins, de l'interconnaissance des professionnels et des dynamiques territoriales. Actuellement, à quatre mois de l'achèvement de la réforme, 119 dispositifs d'appui à la coordination sont unifiés : 48 % des DAC sont infradépartementaux et 47 % sont départementaux. Cette souplesse dans l'organisation doit permettre une plus grande efficacité des dispositifs mais nécessite une articulation renforcée avec les autres structures existantes et notamment avec les CPTS ou les communautés 360 (dispositifs créés afin de répondre de manière coordonnée et systémique à toutes les personnes en situation de handicap) (figure 2).

2. Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.

3. Cadre national d'orientation relatif aux DAC.

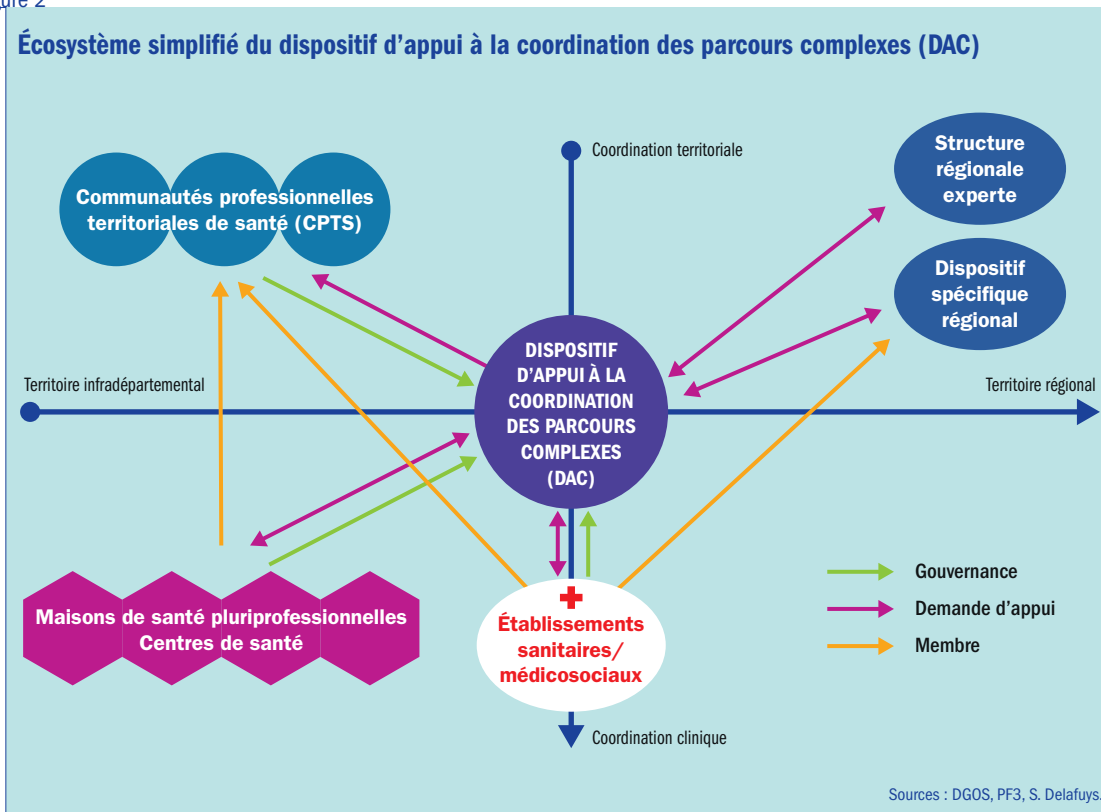
### Les enjeux à venir pour renforcer le virage ambulatoire et la structuration des territoires

Un des enjeux majeurs à l'avenir sera d'articuler l'appui aux professionnels porté par les dispositifs d'appui à la coordination pour les parcours de santé complexes avec d'autres dispositifs de coordination émergents tout en maintenant la lisibilité de l'offre sur les territoires. Ces articulations devront être impulsées par les acteurs institutionnels (le ministère en charge de la santé, les agences régionales de santé et les conseils départementaux) et par les dispositifs de coordination eux-mêmes tant au sein de leur gouvernance qu'à travers leur animation territoriale. L'action concertée de chacun des acteurs renforcera à terme la structuration des territoires.

Par ailleurs, les DAC pourront soutenir plus fortement l'organisation des parcours grâce à l'analyse des situations qu'ils suivent et des ruptures constatées. En lien avec les autres professionnels, cela concourra à une démarche collective et coresponsable d'amélioration de la qualité pour les usagers. Ces données pourront soutenir la mise en œuvre des politiques publiques.

Enfin, l'évaluation du service rendu, qui sera conduite par chacun des dispositifs, devrait mettre en avant les champs d'intervention pour lesquels l'appui aux professionnels et la coordination doivent être renforcés pour répondre aux besoins, que ce soit par exemple dans le champ de la santé mentale ou dans le cadre de la lutte contre la précarité. ➡

figure 2





## Un guichet intégré pour les usagers : c'est le moment

**A**lors qu'on dénonce souvent la complexité de l'accès à la santé dans un système cloisonné, on constate aujourd'hui que les dispositifs d'accès aux droits, à l'information, aux services pour les usagers et leurs proches aidants sont aussi en silo et peu coordonnés. Parfois également interdépendants : il faut justifier du rejet du droit à une prestation pour pouvoir prétendre à une autre prestation, avec comme conséquence le fait de devoir passer d'un guichet à l'autre, remplir plusieurs dossiers, attendre plusieurs avis, pour enfin envisager une réponse opérationnelle.

### Une offre et des intervenants multiples

La multiplicité de l'offre et de ses porteurs est indubitablement une chance car elle permet de prendre en considération divers cas de figure correspondant à des moments de vie et des besoins différents. Cependant, elle est aussi source de retards dans les démarches, d'incompréhensions, de renoncements, et *in fine* de perte de chance.

Remarquons que les professionnels des dispositifs sanitaires, médicosociaux et sociaux ne se connaissent pas tous, et ne maîtrisent pas les critères d'éligibilité et les modalités d'accès à des offres souvent mouvantes.

Prenons un exemple concret : aménager son logement lorsque soi-même ou son proche est en risque ou en perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause. Immédiatement survient une cascade de questions.

- Vers qui aller : la mairie ? le centre communal d'action sociale (CCAS) ? le bailleur ? son médecin traitant ? sa caisse de retraite ? la maison départementale pour personnes handicapées (MDPH) ? le conseil départemental ? l'agence de l'habitat ?

- Comment accéder à ces services ? Doit-on passer de l'un à l'autre pour avoir toutes les possibilités ?

- Et qu'attend-on du guichet où on décide de se présenter : une information ? un financement ? des conseils ? une évaluation du domicile ? ses droits

en tant que locataire ou propriétaire ? l'étendue des aides et leurs modalités d'accès ? un accompagnement aux démarches administratives et aux travaux ?...

- Et s'il n'était pas nécessaire d'aménager le domicile mais que des actions de prévention bien conduites étaient suffisantes ?

- Et si *a contrario* la question se posait trop tard, la solution adaptée n'étant plus un aménagement mais un changement de domicile ?

- Et si l'aménagement du domicile n'était qu'une partie de la réponse ?

- Et si la demande cachait d'autres besoins plus difficiles à exprimer, nécessitant une évaluation pluriprofessionnelle approfondie ?

- Et si...

Si l'on bénéficie d'une évaluation correcte de ses besoins, du temps nécessaire, de proches aidants, de la patience pour répéter de multiples fois son histoire et remplir de multiples dossiers, si l'on peut fournir les pièces justificatives autant de fois que demandé, si l'on a la capacité physique de se déplacer, la capacité cognitive et financière de se connecter sur internet, si l'on dispose des moyens financiers suffisants, alors on a des chances de voir aboutir nos demandes dans les délais souhaités.

Mais si ce n'est pas le cas ? Les risques sont certes un abandon des démarches, un rejet de tout accompagnement, mais aussi une mise en difficulté des professionnels et une indisponibilité de l'offre au moment adapté. Cette perte de temps et de chance peut mener à des ruptures de parcours, à ce que l'on nomme une « situation complexe » intriquant des déterminants bio-médico-psycho-sociaux bien connus.

### Le DAC : l'interlocuteur unique

Le DAC, dispositif d'appui à la coordination, est alors l'interlocuteur dédié pour les professionnels en difficulté. Fort de l'expertise de son équipe et des liens avec tous les acteurs de son territoire, il devra déployer l'énergie nécessaire pour évaluer puis accom-

pagner au mieux la personne dans son chemin de vie.

Il paraît de fait évident que bénéficier d'un accès simple à un guichet polyvalent, intégré, de proximité, identifié par tous les acteurs du territoire, devenant l'interlocuteur référent de la personne, est indispensable. Nous pourrions citer beaucoup d'autres exemples, entraînant des cascades de problèmes à résoudre, et qui aboutiraient à la même conclusion. Nous pourrions aussi évoquer la nécessité, après l'expression des premiers besoins, du suivi du parcours du bénéficiaire dans un *continuum* permettant d'éviter les ruptures de parcours. Notons par ailleurs que nombre d'offres sont sous-utilisées, des budgets non consommés par manque de connaissance de leur existence, par difficultés d'accès...

Enfin, la création de la branche autonomie, qui positionne la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comme porteuse de cette thématique, constitue une opportunité de mettre en place ce que Dominique Libault, avec les acteurs rassemblés autour de lui, a nommé, dans son rapport publié le 17 mars 2022 [41], le « service public territorial de l'autonomie » (SPTA). Ainsi, le SPTA a quatre missions :

- information, orientation, mise en relation ;
- instruction des droits ;
- solutions concrètes et *continuum* de prise en charge ;
- prévention, repérage.

Le rapport décrit de façon précise les contours du SPTA, sa gouvernance, ses attendus. Il contient vingt et une recommandations. Arbitrairement, nous choisissons celle-ci : « *Créer les conditions garantissant que tout nouveau dispositif ou action mis en place sur le territoire, au service de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap, soit effectivement et nécessairement articulé avec le STPA.* » Le respect de cette recommandation permettra de garder lisible l'offre sur le territoire. C'est selon nous LA chance de réussir notre pari : un parcours fluide, une satisfaction partagée. ➔

**Eliane Abraham**  
Gériatre, médecin,  
directeur  
du Réseau  
Gérard Cuny, PTA  
de la métropole  
du Grand Nancy

# Les enjeux de qualité et de sécurité

Dans un contexte de réduction du temps de prise en charge à l'hôpital ou de soins prodigués exclusivement en ville, il est nécessaire de garantir une même qualité et une égale sécurité des soins.

## État des lieux des événements indésirables associés aux soins en chirurgie ambulatoire

Dans le cadre du plan « ma santé 2022 », les objectifs de réalisation des actes de chirurgie en ambulatoire ont été fixés à 70 %. Ce virage ambulatoire s'inscrit dans une logique d'amélioration des prises en charge et de réduction des durées d'hospitalisation. Il est évidemment essentiel que ce virage se fasse de manière sécurisée et qu'il soit possible de mesurer, ou à défaut de travailler sur les dysfonctionnements de telles prises en charge.

Aujourd'hui il n'existe aucun système exhaustif et de qualité suffisante pour évaluer ces prises en charge. Néanmoins, dans le cadre du programme volontaire d'accreditation des médecins (décret 2006-909 du 21 juillet 2006), les événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenant dans le cadre de prise en charge de spécialités dites à risque (spécialités chirurgicales, spécialités interventionnelles, anesthésie-réanimation, échographie fœtale) sont renseignés et analysés par les pairs, l'objectif étant à partir de ces retours d'expérience de proposer des solutions pour éviter la récurrence. Même si non exhaustif, ce programme ouvert depuis 2007, a permis d'enregistrer près de 135 000 EIAS (regroupés dans la base REX).

L'analyse de ces événements permet d'avoir une première description des caractéristiques des patients

concernés par les événements et des circonstances dans lesquels ils surviennent, et de leur gravité. Les données de déclarations d'EIAS survenues entre le 28 décembre 2017 et le 31 décembre 2021 ont pu être analysées. Ainsi 9 172 EIAS en rapport avec des prises en charge ambulatoires et 18 585 EIAS survenus en chirurgie conventionnelle ont été inclus pour cette étude rétrospective comparative.

### Des EIAS moins souvent graves qu'en chirurgie conventionnelle mais des profils de patients particuliers

Sur l'ensemble des événements indésirables associés aux soins déclarés dans le cadre de prises en charge ambulatoires (tableau 1), moins de 5 % concernent des prises en charge en pédiatrie (dont moins de 2 % des enfants entre 6 mois et 3 ans), plus de 90 % concernent des patients jugés cliniquement non complexes ou peu complexes. Près de 4 % (n = 389) sont considérés comme graves (ayant conduit au décès du patient ou à un engagement du pronostic vital). Sur l'ensemble des EIAS en chirurgie ambulatoire, 17,2 % sont suivis d'une réhospitalisation et cette part concerne 34,1 % des EIAS graves (p < 0,001). Ces événements indésirables associés aux soins graves sont plus fréquents chez les

**Laetitia May-Michelangeli**  
Médecin, cheffe du Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé

**Claire Morgand**  
Médecin généraliste, adjointe à la cheffe du Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS lors de la rédaction de l'article

**Aimé Nun**  
Interne santé publique, Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS





Avec la collaboration de : Marie Coniel, Dr Philippe Cabarrot, Emmanuelle Blondet (HAS); Dr Laurent Costes, gastro-entérologue au centre hospitalier intercommunal de Créteil et gestionnaire de l'organisme agréé CEFA-HGE; Dr Alain Deleuze, chirurgien digestif et gestionnaire de l'organisme agréé FCVD; Pr Jean Breaud, chirurgien viscéral, pédiatre à la fondation Lenal à Nice et gestionnaire de l'organisme agréé OA Chirped.

tableau 1

### Caractéristiques des déclarations d'EIAS\* en chirurgie ambulatoire concernant la situation et les patients en fonction du niveau de gravité des conséquences

Ambulatoire	Total		Niveau de gravité des conséquences				p**
	n	%	Grave		Non grave		
	N	%	N	%	N	%	
<b>EIAS</b>							
	9172	100	349	4	8823	96	
<b>Sexe</b>							p : 0,8186
Féminin	4260	46	160	46	4100	46	Chi²
Masculin	4912	54	189	54	4723	54	
<b>Âge en années</b>							p : 0,0001
6 mois - 3 ans	151	2	3	1	148	2	Chi²
3 - 15	281	3	9	3	272	3	
15 - 45	2941	32	85	24	2856	32	
45 - 60	2293	25	77	22	2216	25	
60 - 75	2580	28	121	35	2459	28	
> 75	926	10	54	15	872	10	
<b>IMC</b>							p : 0,0014
< 20	909	10	35	10	874	10	Chi²
20 - 25	3933	43	136	39	3797	43	
25 - 30	3082	33	106	30	2976	34	
> 30	1248	14	72	21	1176	13	
<b>Complexité de la situation clinique du patient</b>							p : 0,0005
Ne sait pas	35	0	2	1	33	0	Fisher
Non complexe/ Plutôt non complexe	8383	92	282	81	8101	92	
Plutôt complexe/ Très complexe	754	8	65	18	689	8	
<b>Évitabilité</b>							p : 0,0005
Ne sait pas	211	2	18	5	193	2	Fisher
Évitable	8019	88	270	77	7749	88	
Inévitable	942	10	61	18	881	10	
<b>Réhospitalisation ***</b>							p < 0,0001
Oui	1580	17	119	34	1461	17	Chi²
Non	7592	83	230	66	7362	83	

\* Déclarations d'EIAS survenus entre le 28 décembre 2017 et le 31 décembre 2021, base REX.

\*\* Seuil de significativité statistique à  $p < 0,05$ . Test du Chi² si  $E_{ij} > 5$  sinon test de Fisher.

\*\*\* Requête si « hospitalisation » dans le nom de l'EIAS et/ou dans la synthèse de l'expert et/ou dans les mots-clés + nuit/WE/jour férié.

hommes ( $p < 0,001$ ), de plus de 55 ans ( $p < 0,001$ ), avec un IMC  $> 30$  ( $p = 0,0014$ ) et présentant une situation clinique déclarée comme complexe ( $p < 0,001$ ). Ces événements sont jugés par le médecin déclarant comme évitables dans la grande majorité des cas (88 %) mais cette évitabilité diminue à mesure que la gravité de l'EIAS

augmente ( $p < 0,001$ ). Ce dernier constat est à modérer car il est usuel d'observer ce lien entre inévitabilité et gravité, les experts analysant ces EIAS pointant un biais de déclaration fréquent expliquant ce lien.

Toutes spécialités confondues, un tiers des déclarations émanent du secteur ambulatoire, sauf pour

## Construction de la base REX de l'accréditation des médecins

L'accréditation des médecins est un programme volontaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité pour les médecins et les équipes médicales, conçu par leurs pairs et visant à :

- améliorer la qualité des pratiques professionnelles ;
- réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ;
- limiter les conséquences des EIAS au bénéfice de la sécurité du patient.

Il intéresse des médecins exerçant dans le cadre de spécialités dites à risque (spécialités chirurgicales, spé-

cialités interventionnelles, anesthésie-réanimation, échographie fœtale). Il participe au DPC et, parmi les activités inhérentes à l'analyse des pratiques, les médecins doivent déclarer et analyser des EIAS. La base REX centralise l'ensemble de ces événements indésirables associés aux soins déclarés depuis 2007. Les médecins sont organisés en organismes d'accréditation (par spécialité) et des experts pour chaque spécialité relisent et analysent les EIAS avec les médecins déclarant pour les valider, avant de les intégrer à la base REX.

certaines spécialités « aux extrêmes » telles que l'hépatogastro-entérologie (actes moins lourds donc plus d'ambulatoire) et la chirurgie thoracique et cardiovasculaire (actes très lourds donc plus souvent réalisés dans le cadre d'hospitalisations conventionnelles). Les patients concernés par les EIAS en hospitalisation conventionnelle (tableau 2) sont plus âgés ( $p < 0,001$ ), avec un IMC supérieur à 25 ( $p < 0,001$ ) et une situation clinique jugée plus complexe que pour les événements survenant en ambulatoire ( $p < 0,001$ ), ce qui laisse à penser qu'il y a un effet de sélection des patients pris en charge en ambulatoire. Sans surprise, les événements indésirables associés aux soins en hospitalisation conventionnelle surviennent plus souvent dans des contextes de prise en charge plus urgente, ils sont plus graves et jugés plus souvent inévitables que ceux survenant dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire.

Plusieurs constats, partagés par plusieurs études dont une menée sur la même base REX entre 2009 et 2014 [45, 50], émergent de leur analyse. Bien qu'en ambulatoire les gestes soient « moins à risque », ils sont malgré tout générateurs d'événements indésirables associés aux soins. Les patients concernés par les EIAS les plus graves en ambulatoire sont plus âgés, plus complexes et avec un IMC élevé, ces caractéristiques sont à considérer comme des facteurs de risque de gravité et justifient d'une vigilance accrue pour ces patients.

Ces observations décrites dans d'autres études, notamment relatives aux différences de caractéristiques des patients concernés par les EIAS en chirurgie conventionnelle et aux taux de réhospitalisation [8], invitent à étendre la réflexion de l'inclusion des patients les plus complexes en ambulatoire en travaillant plus en amont de l'acte de chirurgie, et à impliquer davantage le patient et son entourage dans les prises en charge [33].

### Des contraintes organisationnelles plus fortes en ambulatoire ?

L'analyse approfondie des causes de ces événements indésirables associés aux soins montre pour ceux survenus en ambulatoire que la cause immédiate la plus fréquente est un défaut d'information, suivie par un

problème lié au geste technique, puis de problèmes de matériel et de stérilisation. En hospitalisation conventionnelle, les problèmes inhérents aux gestes techniques prédominent, suivis des défauts d'information et des problèmes de matériel et de stérilisation. Quant aux conséquences de ces EIAS, elles sont beaucoup plus souvent organisationnelles en ambulatoire qu'en hospitalisation conventionnelle. Ce constat n'est pas surprenant car les problèmes survenant en ambulatoire conduisent souvent à une conversion en hospitalisation conventionnelle, *a fortiori* compte tenu du rythme d'activité intense et plus « protocolisé » en ambulatoire, qui limite d'autant la latitude organisationnelle.

Sur le plan des équipes, celles-ci seraient moins résilientes en ambulatoire, et les problématiques de défaut d'information ou de matériel sont moins bien vécues par les déclarants.

L'organisation semble pourtant être un levier d'amélioration en ambulatoire, comme en témoignent plusieurs publications récentes. Le rapport du Haut Conseil de la santé publique sur le virage ambulatoire [33] a formulé plusieurs préconisations telles que : séparer les flux conventionnels et ambulatoires pour autonomiser ce dernier, évaluer et améliorer la lettre de liaison à la sortie, réguler la transmission des informations. Theissen, *et al.* [50] abordent également dans une revue de la littérature sur la gestion et la prévention des risques organisationnels différents aspects tels que : les consultations anesthésiques, la gestion des flux de patients, l'utilisation des outils numériques.

Un regard particulier doit être porté sur les prises en charge en pédiatrie, qui souffrent de problématiques propres à cette population. Malgré la mise en place d'appels des patients pour leur rappeler des consignes la veille de l'hospitalisation, le taux d'échec de l'ambulatoire relatif à des particularités pédiatriques demeure incompressible. Sont en cause, entre autres, le maintien du jeûne du petit enfant difficile à faire respecter, les incompréhensions sur les mesures qui concernent l'enfant et l'accompagnant (retour à domicile avec accompagnant, test Covid-19...), les nausées ou vomissements post-anesthésie, peu prévisibles mais



## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

fréquents chez l'enfant, responsables d'une conversion en hospitalisation (5 % des interventions), ou bien encore les difficultés à perfuser certains enfants, qui engendrent des retards.

Évidemment cette étude descriptive comporte des limites puisqu'elle porte sur des données non exhaustives

de l'ensemble des événements indésirables associés aux soins, les déclarations analysées émanant de certaines spécialités à risque et ne couvrant donc pas l'ensemble des prises en charge. Même pour ces spécialités, seuls certains EIAS sont déclarés et ils souffrent parfois de biais de déclaration. Néanmoins, l'objectif de ces

tableau 2

### Comparaison des EIAS\* en chirurgie ambulatoire versus en chirurgie conventionnelle

	Total		Secteur EIAS				p**
	n	%	Ambulatoire		Hospitalisation		
	n	%	n	%	n	%	
<b>EIAS</b>	27757	100	9172	33	18585	66	
<b>Cause immédiate</b>							p < 0,0001
Clinique	3714	13	1017	11	2697	15	Chi <sup>2</sup>
Geste technique	8248	30	2492	27	5756	31	
Information	7087	25	2763	30	4324	23	
Matériel et stérilisation	4198	15	1437	16	2761	15	
Médicament	2664	10	761	8	1903	10	
Données manquantes	1846	7	702	8	1144	6	
<b>Conséquence de l'EIAS</b>							p < 0,0001
Autres	362	1	105	1	257	1	Chi <sup>2</sup>
Douleur	194	1	95	1	99	1	
Hémorragie et hémostase	2233	8	536	6	1697	9	
Infectieuse	1631	6	285	3	1346	7	
Dermatologique	429	2	226	2	203	1	
Digestive	2903	11	586	6	2317	12	
Gynéco-obstétricale	812	3	345	4	467	3	
Musculo-squelettique	898	3	375	4	523	3	
Neurologique	761	3	170	2	591	3	
ORL/ophtalmologique	74	0	37	0	37	0	
Urinaire	562	2	217	2	345	2	
Organique, cardiovasculaire et respiratoire	2316	8	447	5	1869	10	
Organisationnelle	5303	19	2163	24	3140	17	
Psychologique	884	3	426	5	458	3	
Pas de conséquence	4833	17	1913	21	2920	16	
Données manquantes	3562	13	1246	14	2316	12	
<b>Gravité</b>							p < 0,0001
Grave	2787	10	349	4	2438	13	Chi <sup>2</sup>
Non grave	24970	90	8823	96	16147	87	

\* Déclarations d'EIAS survenus entre le 28 décembre 2017 et le 31 décembre 2021, base REX.

\*\* Seuil de significativité statistique à p < 0,05. Test du Chi<sup>2</sup> si Eij > 5 sinon test de Fisher.

déclarations est moins d'atteindre l'exhaustivité que de permettre d'améliorer la qualité des soins en réalisant l'analyse approfondie de ces événements pour identifier des barrières de sécurité et prévenir la récurrence.

L'analyse de ces événements permet de dresser les limites d'un tout-ambulatoire et donne à réfléchir sur

les parcours de soins des patients (amont, aval de la chirurgie) ainsi qu'à la place du patient et de l'entourage sur l'ensemble de ce parcours. Le virage ambulatoire ne pourra être conduit de manière sécurisée que s'il est pensé en termes de parcours et accompagné d'une vraie démarche d'apprentissage à partir des erreurs. ➔

	Total		Secteur EIAS				p**
	n	%	Ambulatoire		Hospitalisation		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Degré d'urgence</b>							<b>p &lt; 0,0001</b>
Ne sait pas	221	1	79	1	142	1	Chi <sup>2</sup>
Non urgent	15 006	54	6 763	73	8 243	44	
Urgence différable de quelques heures	4 369	16	684	8	3 685	20	
Urgence différable de quelques jours	3 255	12	699	8	2 556	14	
Urgence immédiate	4 906	18	947	10	3 959	21	
<b>Évitabilité</b>							<b>p &lt; 0,0001</b>
Évitable	23 827	86	8 019	87	15 808	85	Chi <sup>2</sup>
Inévitable	3 295	12	942	10	2 353	13	
Ne sait pas	635	2	211	3	424	2	
<b>Sexe</b>							<b>p : 0,0247</b>
Féminin	13 158	47	4 260	46	8 898	48	Chi <sup>2</sup>
Masculin	14 599	53	4 912	54	9 687	52	
<b>Âge en années</b>							<b>p &lt; 0,0001</b>
6 mois - 3 ans	248	1	151	2	97	1	
3 - 15	597	2	281	3	316	2	
15 - 45	6 417	23	2 941	35	3 476	19	
45 - 60	5 901	21	2 293	25	3 608	19	Chi <sup>2</sup>
60 - 75	9 222	33	2 580	28	6 642	36	
> 75	5 372	20	926	10	4 446	24	
<b>IMC</b>							<b>p &lt; 0,0001</b>
< 20	2 474	9	909	10	1 565	8	Chi <sup>2</sup>
20 - 25	10 292	37	3 933	43	6 359	34	
25 - 30	9 493	34	3 082	34	6 411	35	
> 30	5 498	20	1 248	9	4 250	23	
<b>Complexité de la situation clinique du patient</b>							<b>p &lt; 0,0001</b>
Ne sait pas	98	0	35	0	63	0	Chi <sup>2</sup>
Non complexe/ Plutôt non complexe	20 821	75	8 383	91	12 438	67	
Plutôt complexe/Très complexe	6 838	25	754	9	6 084	33	





# La lettre de liaison à la sortie : un verrou de sécurité complexe mais incontournable pour le virage ambulatoire

**Dominique Bonnet-Zamponi**  
Gériatre,  
Omedit IDF  
(Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique d'Île-de-France), FCCIS (Fédération corse pour la coordination et l'innovation en santé), membre de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients, HCSP

Les ruptures de parcours, c'est-à-dire les changements de lieux ou d'équipes de soins, sont des moments à risque de survenue d'événements indésirables potentiellement graves et dont une grande partie serait évitable. La sortie de l'hôpital en particulier est reconnue comme le moment le plus à risque : près d'un patient sur deux sortirait de l'hôpital avec une erreur dans la prescription de ses médicaments et/ou la prescription d'explorations diagnostiques et/ou dans sa surveillance, et près de 20 % subirait un événement indésirable lié aux soins dans le mois suivant la sortie, le plus souvent médicamenteux [24]. Le principal mécanisme de ces erreurs est le défaut de communication entre les professionnels entre eux, ainsi qu'entre les professionnels et le patient et/ou son entourage. Ainsi, assurer une transmission efficace des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge lors de ces moments de rupture est un pilier central de la sécurité des patients.

## Historique

Avant 2016, la réglementation concernant les documents d'échanges d'information aux points de transition dans le parcours de soins et notamment en sortie d'hôpital était basée sur le Code de la santé publique. Celui-ci indique l'obligation d'un « compte rendu d'hospitalisation » et d'une « lettre rédigée à l'occasion de la sortie » pour chaque patient hospitalisé (article R. 1112-2) ; il précise que les « informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins » doivent être remises « directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum » (article R. 1112-1), et que notamment le médecin traitant doit recevoir « toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade » (article R. 1112-60). Aucune information plus précise en termes de contenu n'est fournie.

En 2014, la Haute Autorité de santé publie un référentiel sur le « document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h », qui précise les différentes rubriques obligatoires et facultatives (laissées aux choix des équipes) aussi bien médicales qu'administratives. Il s'applique à tout document, quelle qu'en soit sa dénomination (compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie), idéalement unique (avec éventuellement une version intermédiaire en cas de résultats en attente),

remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux médecins amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour.

L'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, complété par le décret d'application n° 2016-995 du 20 juillet 2016<sup>1</sup> relatif aux lettres de liaison, va préciser juridiquement le contenu et les modalités de transmission du document de sortie, dorénavant unique et intitulé « lettre de liaison de sortie d'hospitalisation (LLS) ». Cette LLS doit impérativement mentionner les éléments suivants :

« 1° l'identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

« 2° le motif d'hospitalisation ;

« 3° la synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

« 4° les traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

« 5° l'annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examen ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

« 6° les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

Rédigée par « le médecin de l'établissement qui a pris en charge le patient », la LLS est « remise au patient par ce médecin, ou un autre membre de l'équipe », qui « s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises ». Elle est transmise « le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient » par « messagerie sécurisée » ou « tout moyen garantissant la confidentialité des informations », et « versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé ».

Ce décret, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, et qui s'applique à toute hospitalisation, quelle que soit

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>

sa durée, est un véritable changement de paradigme pour les médecins hospitaliers. En effet, contrairement à l'ancien compte rendu d'hospitalisation, la lettre de liaison ne consiste plus à « raconter un parcours diagnostique et thérapeutique qui donne à voir l'excellence de la prise en charge aux autres médecins », pas plus qu'elle n'est « un courrier adressé à un cher confrère » [52]. Le praticien doit quitter une vision détaillée centrée sur le séjour hospitalier pour apporter une vision synthétique et prospective de la prise en charge en apportant des éléments qui vont permettre de « passer le relais » le plus en sécurité possible.

La HAS a développé des indicateurs qualité pour la lettre de liaison à la sortie (Indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS), « qualité de la lettre de liaison à la sortie ») qui sont intégrés à la certification. Ils concernent :

- les séjours en MCO « hors séances » d'au moins un jour de patients sortis à domicile (IQSS-MCO-V2019);
- les séjours en soins de suite et réadaptation d'au moins huit jours (IQSS SSR-V2020);
- les séjours en chirurgie ambulatoire (IQSS chirurgie ambulatoire-V2020)<sup>2</sup>;
- les séjours à temps plein en psychiatrie d'au moins huit jours (IQSS psychiatrie et santé mentale-V2021).

### Enjeux et problématiques de la lettre de liaison dans le cadre du virage ambulatoire

Le virage ambulatoire implique de passer d'une logique de « séjour » à une logique de « flux », avec pour conséquence des points de transition concentrés (entrée et sortie le même jour) et la nécessité d'une transmission de l'information encore plus sécurisée (le patient devant pouvoir bénéficier d'une surveillance et d'une continuité des soins d'une qualité au moins équivalente à celle qu'il aurait reçue s'il était resté à l'hôpital). De ce fait établir un cadre de qualité et de sécurité pour les documents de transition en médecine et en chirurgie ambulatoire est donc crucial.

Cependant, en chirurgie ambulatoire, malgré le cadre réglementaire du décret du 20 juillet 2016 et la définition d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation, la sortie et en particulier la qualité de l'information à la sortie restent le principal point faible au vu de la qualité perçue par les patients (enquête e-Satis MCO/CA de 2020 [37]). En effet, l'organisation de la sortie et le retour au domicile étaient les moments du parcours les moins bien notés par les patients, avec un score de 70/100 et :

- 23 % des patients déclarant n'avoir reçu aucune information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence ;
- 28 % n'avoir pas reçu le numéro de téléphone de la personne ou le service à contacter en cas d'urgence ;

- 23 % n'avoir reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur l'intervention et le suivi (lettre de liaison).

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, le cadre réglementaire du décret du 20 juillet 2016 sur les lettres de liaison (entrée et sortie) s'applique à tout type de séjour hospitalier et donc à ceux de médecine hospitalière ambulatoire. Cependant :

- il n'existe pas de référentiel HAS définissant des critères de qualité pour une lettre de liaison à la sortie d'un séjour de médecine ambulatoire hospitalière ;
- aucune réglementation ne définit un cadre « qualité » des informations échangées entre professionnels de ville et donc pour les activités du virage ambulatoire qui auraient basculé d'une prise en charge hospitalière conventionnelle à une prise en charge entièrement en ville (seules les conditions d'échange d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médicosocial sont précisées).

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. De ce fait, la qualité de l'information échangée à la sortie d'un dispositif de médecine ambulatoire n'est pas évaluable et est vraisemblablement très variable car dépendant des personnes. Ce manque de qualité potentiel 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, il semblerait que « l'information du médecin traitant sur le déroulement de la prise en charge en hôpital de jour (souvent réalisé après une première consultation à l'hôpital) 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 » [33]. 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.

Une dernière problématique concerne les destinataires de cette lettre de liaison. Réglementairement, seuls le patient lui-même et ses médecins (médecin traitant et médecin ayant adressé le patient à l'hôpital le cas échéant) sont destinataires de cette lettre de liaison. Ainsi les premiers professionnels de santé qui contribueront à la prise en charge du patient à sa sortie du dispositif ambulatoire (ou d'une hospitalisation conventionnelle), comme le pharmacien ou l'infirmier, n'auront accès à l'information que via le patient. Or celui-ci ne pensera pas, ne pourra, voire ne voudra,

2. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2884938/en/chirurgie-ambulatoire-indicateurs-de-processus-en-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884938/en/chirurgie-ambulatoire-indicateurs-de-processus-en-chirurgie-ambulatoire)



pas toujours transmettre ces informations, pourtant cruciales pour sa sécurité. Ce défaut d'information, notamment sur les traitements médicamenteux à la sortie et sur les motifs des modifications effectuées par les hospitaliers, contribue au risque de rupture et d'erreurs médicamenteuses. Cela 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* » [33].

### Conclusion

La qualité de l'information échangée entre les professionnels de santé et entre ces professionnels et le patient (et/ou son entourage) est l'un des verrous majeurs de la sécurité de la prise en charge lors des

transitions et notamment lors de la sortie d'un dispositif de chirurgie ou de médecine ambulatoire. Si un cadre réglementaire commun existe pour structurer le contenu de l'information lors des sorties hospitalières, celui-ci doit être précisé pour les dispositifs du virage ambulatoire de ville. En chirurgie ambulatoire, les critères de qualité ont été définis mais des études qualitatives mériteraient d'être menées pour comprendre les freins pouvant expliquer les difficultés d'implémentation de la lettre de liaison à la sortie de l'hôpital (et les difficultés qui en découlent pour les patients) pour, le cas échéant, adapter (simplifier?) ces critères. En médecine hospitalière ambulatoire, il serait souhaitable que ce cadre de qualité soit défini, idéalement en prenant en compte les retours d'expérience en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle. Enfin, une réflexion mériterait également d'être engagée sur le fait d'élargir les destinataires de cette lettre de liaison pour améliorer la sécurité tout en garantissant le respect de la volonté du patient. ➔

## La chirurgie en cabinet

**Claude Ecoffey**  
Professeur  
d'anesthésie-réanimation,  
Département  
d'anesthésie-réanimation  
et médecine  
péri-opératoire,  
CHU Rennes, université  
Rennes 1, membre  
de la commission  
spécialisée Système  
de santé et Sécurité  
des patients, HCSP,  
copilote du rapport  
du HCSP *Le Virage  
ambulatoire :  
pour un développement  
sécurisé.*

La chirurgie en cabinet hors établissement de santé (*l'office based surgery* des Anglo-Saxons) correspond à des actes chirurgicaux réalisés sous anesthésie locale, y compris topique, en dehors des blocs opératoires mais avec un environnement permettant le respect des normes de sécurité. Cela existe déjà en France avec les implants dentaires posés par les chirurgiens-dentistes et l'ablation de lésions cutanées par les dermatologues en cabinet. La question pourrait être d'aller plus loin avec les pathologies simples de la main (500 000 actes réalisés en chirurgie ambulatoire sur Visuchir<sup>1</sup>), notamment le traitement du syndrome du canal carpien. La chirurgie en cabinet permet un circuit plus simple et plus court réduisant le délai de prise en charge chirurgicale, souvent dans un contexte moins stressant pour les patients, avec une reprise plus rapide de l'activité, une morbidité post-opératoire réduite voire inférieure à la prise en charge en ambulatoire, et un moindre coût pour la société. En effet, un environnement de type « consultation » améliore la satisfaction du patient et limite l'impact sur l'environnement social.

Pourtant, en France, cette pratique n'existe pas ou de manière très confidentielle, comme cette expérience d'un centre de chirurgie de la main rapportée lors du congrès annuel de la Société française de la chirurgie de

la main en 2017 ; cette pratique s'est développée d'une manière importante dans certains pays. Aux États-Unis, les services de soins s'éloignent des établissements hospitaliers traditionnels (avec des lits) pour se tourner vers les établissements ambulatoires (sans lits). Les nouvelles techniques chirurgicales, se simplifiant, ont permis d'effectuer des procédures plus complexes dans des environnements non hospitaliers, tandis que les avantages économiques et les commodités pour les médecins et les patients ont entraîné la croissance rapide de la chirurgie en cabinet. Elle concerne la chirurgie de la main, la chirurgie cutanée, certains actes de gynécologie, d'ORL, d'ophtalmologie, de chirurgie plastique... Elle représentait 15 à 20 % des interventions chirurgicales et 10 millions de procédures chirurgicales aux États-Unis en 2005. Ce chiffre continuait d'augmenter pour atteindre environ 12 millions en 2009. La chirurgie en cabinet s'est également développée au Canada et en Suisse, alors qu'elle n'est plus autorisée en Allemagne pour des raisons administratives.

Dès les années 2000, il est apparu que la chirurgie ambulatoire apportait une meilleure qualité des soins chirurgicaux que la chirurgie traditionnelle, mais que l'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. Il y avait approximativement dix fois plus de risques d'événements défavorables et de décès en chirurgie de cabinet comparativement à la chirurgie ambulatoire, même si depuis des études ont un peu nuancé ce chiffre. En effet, l'analyse d'une

1. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont réalisé un outil de visualisation des pratiques de chirurgie, notamment ambulatoire, des établissements de santé. Baptisée Visuchir, cette application, ergonomique et facile d'utilisation, est librement accessible en open data depuis le site ScanSanté de l'ATIH.

cohorte portant sur près de 200 000 interventions de chirurgie esthétique, publiée en 2017, a montré que le taux de complications était faible voire plus bas en chirurgie en cabinet par rapport à la prise en charge ambulatoire [29]. Une revue de la littérature scientifique publiée en 2018 a étudié l'impact sur la qualité/sécurité des procédures des unités de chirurgie ambulatoire versus celles de chirurgie en cabinet. Les résultats semblent n'indiquer aucune différence dans la sécurité des patients pour les procédures ambulatoires effectuées dans les établissements de santé par rapport aux cabinets [3].

En résumé, la revue des publications depuis vingt 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. Néanmoins les biais de comparaison sont nombreux : actes chirurgicaux « plus simples », sélection des patients, niveaux d'environnement non standardisés. En revanche il semble se dégager une volonté partagée des acteurs d'encadrer cette pratique, sous forme de réglementations et/ou d'accréditation.

### Qu'en est-il en France ?

Cette question peut être rediscutée à la suite d'un avis du Conseil d'État et à un décret sur les IVG instrumentales. L'avis du Conseil d'État n° 423313, dans sa décision du 22 juillet 2020<sup>2</sup>, 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 Conseil d'État décide donc dans son article 1 que « l'intervention de l'association de chirurgie en soins externes est admise ». La chirurgie de la cataracte représente 875 000 actes en chirurgie ambulatoire sur Vicuchir. La publication du décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales (70 000 actes en chirurgie ambulatoire sur Visuchir) sous anesthésie locale en centre de santé, donc en cabinet<sup>3</sup>. Ensuite, il existe déjà des actes, comme l'implantologie dentaire, 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 pourrait potentiellement se pratiquer en dehors d'un établis-

sement de santé, dès lors qu'elle est autorisée par l'ARS et qu'elle satisfait certaines conditions. La préconisation n° 7 du rapport du Haut Conseil de la santé publique sur le virage ambulatoire ne l'exclut pas et propose d'y travailler [33] : « Réglementer la chirurgie au cabinet en proposant un niveau d'environnement technique adéquat permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins. »

Cette question sécuritaire avait amené la Haute Autorité de santé 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, la Haute Autorité de santé a proposé de faire évoluer les niveaux d'environnement [39]. Il y avait historiquement deux niveaux 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, définis sur le plan fonctionnel réglementairement ». La Haute Autorité de santé proposait trois 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.

Le niveau 1, le plus simple, est 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. Le niveau 2, intermédiaire, avec aseptie renforcée, zone de récupération n'étant pas une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et personnel de surveillance du patient au cours et au décours de l'acte, il approuverait le recours à un anesthésiste-réanimateur sur site. 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-réanimateur sur site et sans salle de surveillance post-interventionnelle, mais avec la présence de personnel dédié et formé à la surveillance des patients. Le niveau 3, le plus complexe, correspondant au niveau d'environnement actuel réglementaire des unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. En complément de l'environnement et de la formation des personnels aux gestes d'urgence, il faut mettre en place des protocoles de prise en charge des accidents liés à l'usage des anesthésiques locaux par exemple (contact Samu, accord avec service d'urgence de proximité...).

Il faudra néanmoins faire évoluer les mentalités sur le sujet de la chirurgie en cabinet, car elle représente potentiellement 25 à 30 % des actes de chirurgie. En effet, la Haute Autorité de santé, dans son rapport *Conditions de la réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique* de juillet 2010 [35], soulignait que cette activité chirurgicale ne peut actuellement être réalisée qu'en établissement de santé.

En conclusion, cette pratique de chirurgie en cabinet permettrait une rationalisation de l'offre de soins tout en

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2. <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-07-22/423313>

3. Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé.





respectant des conditions de fonctionnement adaptées à ce type d'activité chirurgicale : sélection des patients et des interventions, conditions d'hygiène et d'équipements adéquates, gestion péri-opératoire organisée, procédure de recours en cas d'urgence et consignes post-opératoires précises. Enfin, la pandémie de Covid-19 nous a rappelé qu'il était indispensable de disposer de modalités allégées de prise en charge différentes (telles que des prises en charge par des circuits courts sécurisés), pour soulager les plateaux techniques et libérer des compétences, en particulier anesthésiques. La préconisation n° 29 du rapport du Haut Conseil de

la santé publique sur le virage ambulatoire l'a rappelé [33] : « *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.* » Et finalement, à l'instar de la réhabilitation améliorée après la chirurgie, le développement de ce type de pratique permettrait de fluidifier globalement la filière chirurgicale et de développer des techniques moins invasives et moins complexes pour le patient. ➔

## Les événements indésirables liés aux soins dans les prises en charge ambulatoires

**Marc Chanellière**  
MD-PhD, MCU-MG,  
Collège universitaire  
de médecine  
générale, faculté  
de médecine  
Lyon-Est

**L**ongtemps moins étudiés qu'à l'hôpital et par conséquent moins connus, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) en soins primaires sont également fréquents. En France, un médecin généraliste pourrait ainsi observer en moyenne un EIAS tous les deux jours dans son activité [44]. Au-delà de leur fréquence, ces événements diffèrent de ceux observés à l'hôpital par une gravité souvent moins marquée : dans près de trois quarts des situations, aucune conséquence n'est identifiable pour la santé du patient et seulement 2 % sont des événements indésirables graves (EIG). Cette gravité moins importante s'expliquerait par les risques moindres associés aux prises en charge en ville, mais également par une récupération précoce des événements par les soignants (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute, aide-soignante, chirurgien-dentiste, sage-femme...) et par les patients, avant la survenue de conséquences graves. Ainsi, alors qu'elle apparaît comme moins formalisée en soins primaires qu'à l'hôpital, l'équipe de soin ambulatoire constitue une pierre angulaire de la qualité des soins et d'une prise en charge sécurisée des usagers en ville. Si certains événements survenant en ville résultent de prises en charge de premier recours (diagnostique, thérapeutique ou préventive), d'autres ont des causes liées à une prise en charge hospitalière (par exemple l'introduction d'un nouveau traitement au cours d'une hospitalisation). Tout cela témoigne d'un parcours de soins de plus en plus complexe, et du transfert partiel – déjà effectif – de certaines prises en charge de l'hôpital vers la ville, comme lors de la réalisation de chimiothérapies au domicile des patients dans le traitement de certains cancers.

Le virage ambulatoire des soins, promu par les pouvoirs publics, pose plusieurs questions comme autant de défis à relever pour les professionnels. Comment

intégrer dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des parcours de soins complexes, marqués par de fréquents allers-retours entre ville et hôpital ? Quelles modalités sont requises pour garantir qualité et sécurité des soins en ville ? Pour y répondre, nous proposons quelques pistes de réflexion, concernant les évolutions des démarches relatives à la sécurité des soins en ville. Toutes s'appuient sur l'équipe de soin pluriprofessionnelle, au regard de son importance dans la qualité et la sécurité des soins [2].

### Une attention nécessaire à la mise en œuvre des transferts de compétences

La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de prise en charge des usagers implique un transfert de compétences de l'hôpital vers les soins de ville. Dans le contexte – actuel et futur – de forte tension des personnels soignants, il est nécessaire de considérer le système de santé dans son ensemble, lorsqu'on envisage un transfert de compétences d'un secteur à un autre ou, au sein du même niveau de soin, d'acteurs vers d'autres acteurs. En effet, le transfert s'accompagne mécaniquement d'un accroissement de la charge de travail des professionnels, tant au niveau de la réalisation des actes de soin (par exemple des infirmiers diplômés d'État [IDE] qui assurent des soins de réfection de pansements aux domiciles des patients), qu'au niveau de leur coordination dans le cadre d'une prise en charge globale, par le médecin généraliste traitant.

Le transfert de nouvelles compétences implique la formation de tous les professionnels. Ces derniers devront acquérir de nouvelles connaissances et compétences, en formation initiale comme en formation continue. La formation doit se décliner différemment, mais de manière complémentaire, selon les profes-

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 59.

sionnels (pharmacien d'officine, IDE, médecin généraliste, auxiliaire de vie, etc.). Concernant l'apprentissage du travail en équipe, il procède encore en France essentiellement du *curriculum* caché<sup>1</sup>, plus particulièrement lors des stages réalisés à l'hôpital. Il est donc nécessaire que la dimension de travail en équipe fasse précocement l'objet d'apprentissages dédiés, idéalement dans des modalités pluriprofessionnelles. Enfin, compte tenu d'une organisation différente en ville, la formation des professionnels devrait s'ancrer davantage en ambulatoire, pas uniquement pour les futurs médecins généralistes, mais pour tous les professionnels constituant l'équipe de soin en ville, puisque le virage ambulatoire mobilise fortement cette équipe de soin.

Or, il est maintenant connu que ce sont les défauts de communication qui contribuent le plus à la survenue d'événements indésirables associés aux soins [7]. Pour garantir des soins sûrs, la communication entre tous les acteurs constitue un élément crucial. Il s'agirait, au-delà d'une sensibilisation précoce des professionnels au travail en équipe, d'améliorer les outils de communication entre les équipes professionnelles hospitalières et les équipes professionnelles en ville. Si la lettre de sortie standardisée constitue d'ores et déjà un progrès important, les enjeux se situent maintenant dans son effectivité, dans le déploiement – réussi – d'un dossier médical partagé et dans la capacité de tous les acteurs du soin à produire des traces informatives, accessibles au bon moment, au bon endroit et par les bonnes personnes.

### Formaliser la gestion des risques

Concernant la gestion des risques en elle-même, elle n'apparaît encore que peu formalisée en ville, à la différence des établissements de santé, où des ressources spécifiques aident les professionnels dans la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement, analyse systémique, etc.). Pourtant, même si l'organisation des soins diffère en ville (lieux de soins multiples, temporalité plus longue et multiplicité des équipes de soins), rien ne peut justifier cet accompagnement moindre des professionnels. Plusieurs pistes sont envisageables, comme l'implication plus forte des structures régionales d'appui (SRA), initialement tournées vers l'hôpital, pour inscrire la gestion des risques au niveau des territoires. Par ailleurs, le virage ambulatoire imposant de considérer tout le parcours de soins lors de l'analyse systémique d'un événement indésirable associé aux soins, les expérimentations relatives aux revues de mortalité et de morbidité dites ville-hôpital nous paraissent à généraliser [48].

### Impliquer l'utilisateur

Enfin, la qualité et la sécurité des soins ne sauraient être envisagées sans une implication accrue et effective des usagers. En effet, ils font eux aussi partie intégrante de l'équipe ; en France, dans la limite de l'offre de soin, un usager contribue au choix des professionnels de santé le prenant en charge (libre choix de son médecin traitant et des autres professionnels : infirmier, pharmacien d'officine, kinésithérapeute...). Cette implication peut être envisagée à différents niveaux. D'abord, dans la sensibilisation accrue du patient au repérage des situations à risque et des signes d'alertes associés à l'évolution défavorable ou à une complication de la prise en charge. Cette sensibilisation doit être mise en œuvre autant en amont du retour à domicile qu'au domicile du patient lui-même afin d'être efficace. Il peut par exemple s'agir d'expliquer à un patient hypertendu – et d'écrire sur l'ordonnance – comment adapter le dosage quotidien de son traitement diurétique en cas de fortes chaleurs, pour prévenir un risque d'hypotension ou de déshydratation. Par extension, cela requiert au préalable de déterminer la personne-ressource à contacter en cas de problème (médecin traitant ou autre professionnel?). Ensuite, en cas de survenue d'un événement indésirable associé aux soins, le récit du patient devrait faire l'objet d'un recueil, au regard des informations contenues qui restent actuellement sous-utilisées. En effet, les usagers développent tout au long de leur parcours des perceptions subjectives de la qualité et de la sécurité des soins [47], et leurs prises en considération permettraient d'aider à repérer des dysfonctionnements latents concourant à la survenue d'événement indésirable associé aux soins. Plus globalement, mobiliser la relation de soin tout au long du parcours constitue un élément fondamental de la sécurisation des soins.

Pour conclure, le virage ambulatoire de soins devrait conduire à la mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des usagers en France. Au-delà d'une logique d'efficacité, les démarches de sécurisation de soins, qui sont à l'heure actuelle beaucoup moins formalisées en ville, devront évoluer. Elles s'appuieront sur les équipes de soins, et notamment sur leur capacité à échanger les bonnes informations, au bon moment et au bon endroit, y compris avec les usagers. Dans cette optique, le patient constitue sans aucun doute un relais privilégié, qui ne saurait toutefois être le seul. La formation précoce des professionnels des secteurs hospitaliers comme des professionnels en ville au travail en équipe, le déploiement d'outils de communication et d'échange adaptés, une répartition juste et équilibrée des missions dans le respect des compétences professionnelles de chacun des acteurs, l'accompagnement de professionnels à la gestion des risques dans une approche territoriale prenant en considération tout le parcours de soins, et enfin une réflexion en amont concernant la gouvernance de la coordination des soins permettront de garantir la qualité et la sécurité de soins. ➡

1. Selon Philippe Perrenoud, la notion de *curriculum* caché désigne l'ensemble des apprentissages qui n'apparaît pas programmé par l'institution, du moins pas explicitement.



## L'IVG médicamenteuse : un modèle de virage ambulatoire réussi

**E**n France, les IVG médicamenteuses sont autorisées en établissements de santé depuis 1989, puis en ville par la loi de juillet 2001, avec une mise en application en 2004 pour les médecins libéraux. Le décret du 6 mai 2009 élargit cette modalité aux centres de planification et d'éducation familiale. Enfin, en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé l'ouvre aux centres de santé, et le décret du 2 juin 2016 permet aux sages-femmes libérales de les réaliser. Les délais maximums initiaux pour les réalisations des IVG médicamenteuses en ville sont de sept semaines d'aménorrhée (SA). Du fait de la crise sanitaire, le délai de recours est allongé à neuf SA et les téléconsultations ont été autorisées pour ces actes (arrêté du 14 avril 2020). Ces deux dernières dispositions sont définitivement applicables suite au décret du 19 février 2022, qui les pérennise.

Si le nombre d'IVG réalisées chaque année reste relativement stable (aux alentours de 222 000 en 2020), la part des IVG médicamenteuses est en croissance constante (72 % en 2020 contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), dont 67 800 ont été réalisées en ville (contre 62 000 en 2019). Alors que le taux de recours à l'IVG médicamenteuse en métropole diminue un peu en 2020 relativement à 2019 (14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2020 contre 15,6 en 2019), il reste stable en outre-mer (28,4 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2020). D'importantes disparités territoriales sont néanmoins à souligner en métropole avec des taux de recours qui peuvent varier du simple au triple en fonction des régions et de l'accès à l'IVG [20]. Cette bascule des IVG de l'hôpital vers la ville va plus loin que la seule évolution ambulatoire de ces actes. Cette transition a été possible par la structuration d'un parcours de soins précis et par la mise en place d'une collaboration ville hôpital

fonctionnelle. Les problématiques d'inégalités socio-territoriales ne sont malheureusement pas effacées par cette bascule, mais des solutions semblent apparaître pour participer à leur réduction.

La réalisation des IVG en ville est cadrée : indépendamment de la nécessaire formation des soignants, une convention entre le praticien et un établissement de santé autorisé est obligatoire. Celle-ci prévoit la prise en charge de la patiente si des complications devaient survenir : l'établissement s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et à assurer sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure de la continuité des soins délivrés aux patientes. La sécurité de l'IVG en ville passe également par l'interrogatoire fait par le praticien lors de la première consultation. L'identification de contre-indications à l'IVG en ville, notamment l'isolement géographique ou social ainsi que le fait d'être seule à domicile lors de la prise des comprimés les heures qui suivent, devant amener à privilégier sa réalisation (même médicamenteuse) à l'hôpital. Enfin, la réalisation en ville sécurisée des IVG médicamenteuses a été possible car celle-ci a été réfléchie en termes de parcours de soins : d'une part plusieurs consultations et examens de suivis sont programmés dès la demande d'IVG formulée et leur rythme est clairement défini avec la patiente ; d'autre part ce parcours bénéficie aujourd'hui d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie dans le cadre d'un forfait même si d'importantes inégalités sociales persistent pour son recours [20].

L'évaluation de l'efficacité de la méthode (taux de succès, taux de grossesse évolutive, et vécu des femmes) et des échecs (grossesse évolutive, grossesse arrêtée mais non expulsée et hémorragie) ont également confirmé le caractère sécurisé de cet acte en

ville et ont permis l'allongement de son délai de réalisation de sept à neuf SA. En effet, l'ensemble des études nationales et internationales conduites ont montré des taux de succès de plus de 95 %, avec un taux de grossesse évolutive inférieur à 1 %. Seulement 2 à 4 % des femmes pourraient justifier d'une aspiration du fait d'une expulsion incomplète et seulement 0,5 à 1 % le nécessiteraient du fait d'une hémorragie (la fréquence des complications de l'IVG à domicile est comparable à celle de l'IVG réalisés en milieu hospitalier). En France, quatre études ont montré l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation, soit dans le cadre d'un réseau ville-hôpital [31-18] soit en médecine de ville [17]. Si le nombre d'IVG instrumentales ne cesse de diminuer au profit des IVG médicamenteuses, avec une augmentation continue des IVG en ville, la sécurité des patientes n'est pas mise en défaut par cette modalité.

Relativement aux disparités d'accès à l'IVG, les téléconsultations pourraient répondre en partie au besoin, et les modalités de prise en charge par téléconsultation figurent dans les dernières recommandations de la HAS [38]. Il ne faudra cependant pas négliger l'importance du présentiel pour ce type de demandes, celui-ci permettant des échanges plus riches abordant aussi des questions plus complexes telles que le caractère consenti du rapport ayant conduit à la grossesse, sachant qu'il est établi qu'au moins un quart des demandes d'IVG sont liées à des violences.

Si l'IVG médicamenteuse est un modèle de virage ambulatoire réussi du point de vue de la sécurité des patientes, c'est parce qu'il a été réfléchi globalement autour et avec la patiente et son environnement médico-psychosocial, mais également en termes de parcours de soins structuré, avec une collaboration ville-hôpital efficace. ➡

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.*

**Claire Morgand**  
MD, PhD, médecin généraliste Ipso, responsable du département Données et études en santé, ARS Île-de-France

# Les enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales de santé

Les pratiques ambulatoires peuvent avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit cependant de s'assurer qu'un suivi des personnes à faible niveau de ressources sociales et économiques peut être mis en œuvre.

## Le virage ambulatoire : quels enjeux et quelles conséquences potentielles sur les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Le « virage ambulatoire », qui fait partie des grandes orientations de la « stratégie nationale de santé », est empreint de volontarisme et de rapidité. En témoigne l'ambition affirmée d'atteindre en France un taux de chirurgie ambulatoire avoisinant 70 % à l'horizon 2022 [15]. Il est contemporain de la réduction de la capacité d'accueil en hospitalisation conventionnelle [5]. Si le confort des patients est souvent mis en avant, le virage ambulatoire est surtout lié à des considérations économiques [40]. L'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) 2018 prévoyait 250 M€ d'économies supplémentaires, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables. Grâce à la progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire, 200 millions d'euros d'économies étaient envisageables en 2019 selon l'Assurance maladie<sup>1</sup>. Mais, pour le Haut

Conseil de la santé publique et la Cour des comptes [14], l'impact financier de ce « virage » est incertain et les économies attendues n'ont pas été observées.

Pour le ministère de la Santé, l'objectif est de « permettre aux Français de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment<sup>2</sup> ». La réduction des hospitalisations traditionnelles exige donc l'administration des soins par un suivi organisé en ville, autrement dit d'investir dans les « soins primaires » [1]. Ces orientations n'auront de sens que dans le contexte d'une organisation cohérente de l'ensemble du système, y compris l'hôpital car l'accès aux établissements hospitaliers peut être difficile en cas de complication post-opératoire.

Mais le dernier rapport du HCSP, en 2021 [33], en souligne les limites, particulièrement celles qui sont en lien direct avec l'organisation du retour à domicile, la continuité des soins et les frais induits pour les

**Soraya Haddad**  
Centre  
d'épidémiologie  
des populations  
(Cerpop), Toulouse  
**Thierry Lang**  
HCSP, Cerpoc

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 59.

1. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004).

2. Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>



patients. Dans une logique de *lean management*, de « juste à temps » et d'élimination des temps sans valeur ajoutée, le retour à domicile demeure une étape complexe qui exige la participation du patient et de sa famille à la gestion de certaines tâches, telles que la surveillance clinique, le soutien ou la réalisation de certains soins. Dans les faits, ces actes, presque invisibles, pèsent avant tout sur les patients et leurs familles, auxquels un véritable travail « de santé » est transféré [43]. Le support social, les ressources financières, le savoir, la qualité de l'habitat deviennent des enjeux essentiels. Pourtant le HCSP souligne dans son rapport de 2021 que la vulnérabilité socioéconomique et les situations de handicap sont constamment sous-évaluées. L'application Visuchir<sup>3</sup>, conçue pour comparer les niveaux de performances ambulatoires des établissements, n'inclut pas ces critères socioéconomiques. L'autonomie des patients, qui repose sur leurs capacités de disposer de ressources sociales, culturelles, financières et géographiques, représente donc l'un des enjeux principaux du virage ambulatoire.

Le rôle central que prennent les ressources propres des patients porte en soi un risque majeur de creusement des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Cette question a récemment fait l'objet d'un numéro spécial d'*Adsp* [32]. Brièvement, la France se caractérise par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Y concourent les déterminants sociaux tels que l'environnement, le travail, les comportements, mais aussi le système de soins. L'insuffisance d'offre de soins dans certains territoires est une donnée connue, mais l'accès aux soins peut être aussi limité par des obstacles financiers et par la méconnaissance réciproque entre un système de soins qui ne pose pas la question des inégalités sociales de santé et les patients qui s'adaptent plus ou moins bien à des dispositifs de soins qui ignorent leurs conditions de vie. Les principaux enjeux du virage ambulatoire peuvent être anticipés sur la base des études françaises et internationales, mais aussi sur l'expérience canadienne, qui dispose d'un recul d'une vingtaine d'années et propose des pistes de réflexion en soulignant notamment les disparités de genre accentuées par cette démarche [27].

Le virage ambulatoire, analysé dans plusieurs rapports récents, soulève des enjeux majeurs au regard des inégalités sociales et territoriales de santé : 1/effort financier des ménages ; 2/mobilisation des patients et de leurs familles ; 3/limites des soins « de ville » ; et enfin 4/accès et maîtrise du numérique.

### L'enjeu financier pour les ménages

En dépit de son système de protection sociale et d'assurance maladie, la France connaît un renon-

cement aux soins courants dans la moyenne des pays d'Europe, l'obstacle financier en représentant 40 % des raisons. L'absence d'assurance maladie complémentaire est considérée comme le premier facteur de difficultés de maintien dans le soin [25]. Mais le taux de non-recours à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est élevé, de l'ordre de 40 %<sup>4</sup>. La fréquence du renoncement aux soins varie sensiblement selon les revenus, en lien avec les couvertures complémentaires, dont les disparités d'offre accentuent l'impact potentiel de l'accès aux soins médicaux. S'y ajoutent le tiers payant non généralisé, les coûts de transports ou d'hébergement. Le risque de renoncement à des soins et à une prise en charge de qualité pour tous est élevé lorsqu'une part croissante des soins hospitaliers le sera à domicile.

### L'enjeu du transfert des soins vers le patient et son entourage

Ce transfert de soins du milieu hospitalier vers le domicile suppose de transférer au patient un « travail » de soins et de coordination antérieurement réalisé par des professionnels. Le bon patient « coopératif » est alors celui qui accepte de prendre en charge ce travail [43], avec le risque d'accroître les inégalités en défaveur des patients dont le niveau de littératie en santé ne permet pas la parfaite compréhension de leur état de santé et limite leur autonomie. La défaillance du réseau de communication entre hôpital et professionnels « de ville » requiert la mobilisation des ressources du patient.

Le manque d'accompagnement au retour à domicile pose la question de l'isolement social. La famille va devoir faire face à des facteurs de vulnérabilité, tels que la vulnérabilité psychologique, la dépendance fonctionnelle du patient, ou encore des soins complexes. L'expérience canadienne montre que la question de l'équité est posée dès lors que chaque patient bénéficie d'un environnement plus ou moins bien doté en ressources sociales, d'un habitat plus ou moins salubre ou, enfin, d'un niveau de littératie en santé qui lui permette, à lui ou sa famille, de comprendre son état de santé et les suites ambulatoires [21]. L'importance du support familial se traduit par des disparités de genre observées au Québec, où les femmes assument entre 70 et 80 % de l'aide à domicile [12]. Les hommes se chargent principalement des tâches les moins engageantes émotionnellement, alors que les aidantes assurent le soutien psychologique et les travaux domestiques. Ce retrait de l'État est une source de charge mentale, au détriment de la santé des femmes. Le défi du virage est de constituer les services afin de réduire la charge de ces aidantes, d'autant plus forte que les ressources sont faibles.

3. L'Assurance maladie. « Mise en ligne de Visuchir, une application pour visualiser l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, des établissements de santé ». 2018, 3 p. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-12-12-cp-visuchir-application.pdf>

4. La CSS regroupe depuis 2019 la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS).



### L'enjeu autour des soins de santé primaires en ambulatoire

L'organisation de la coordination et de la communication entre les professionnels, et entre professionnels et usagers est un autre enjeu majeur. Le lien ville-hôpital demeure actuellement fragile. Un patient sur cinq juge de moyenne à mauvaise l'organisation de sa sortie hospitalière<sup>5</sup> et relève le manque de lisibilité des modalités d'adressage [19] pour s'orienter vers l'offre disponible. Dans cette enquête de la HAS en 2020, 23 % des patients n'avaient reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur leur intervention et leur suivi, 43 % des patients n'avaient pas été contactés après leur sortie. La HAS recommande de remettre une lettre de liaison au patient le jour même de sa sortie, mais 34 % des professionnels de ville (médecins, infirmiers, pharmaciens) ne reçoivent pas ces informations [34]. Le patient doit là aussi compter sur ses propres ressources afin d'assurer sa prise en charge, avec le risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

Selon les territoires, l'éloignement géographique et les obstacles financiers affectent inégalement les populations. Globalement, pour les médecins généralistes, le volume de soins moyen par habitant mesuré par le nombre d'actes a diminué d'environ 15 % entre 2000 et 2013, diminution expliquée majoritairement par une baisse du nombre de visites [6]. Dans les zones à faible densité en cabinets médicaux, les parcours de soins sont encore plus compliqués. Cet enjeu territorial est indissociable des revenus du patient. Dans des régions très dotées en cabinets médicaux, les dépassements d'honoraires sont fréquents. Les déserts médicaux quant à eux induisent des coûts de transport et de logement supplémentaires qui sont souvent à la charge du patient. Toutes les professions de santé sont concernées par ces questions de densité territoriale, qui peuvent limiter le recours voire aller jusqu'au renoncement aux soins.

### L'enjeu numérique

Le virage s'inscrit dans la numérisation des soins en encourageant la communication électronique entre professionnels et avec les patients, ce qui suppose l'accès aux équipements et la capacité à les utiliser. Mais l'accès à Internet est inégal du fait de la disparité territoriale d'accès à l'offre de haut débit et des ressources économiques d'accès à l'équipement. Les personnes âgées peu diplômées ou à revenu modeste disposent moins souvent d'un accès à Internet. Une partie des usagers d'Internet (38 %)<sup>6</sup> manque de compétences telles que la capacité à utiliser les outils numériques dans au moins un de ces domaines : la recherche d'information, la

communication, l'utilisation de logiciels... Les personnes sans diplôme ou à niveau de qualification faible sont respectivement 4 et 2,5 fois plus susceptibles d'être en situation d'illectronisme (difficulté ou incapacité à utiliser les outils informatiques) que les personnes ayant fait des études supérieures [51].

### Des enjeux soulignés par la crise du Covid-19

La pandémie de Covid-19 a eu de profondes répercussions sur notre système de santé. Nous n'en prendrons qu'un exemple portant sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIAGS) et la satisfaction du patient. Une étude quantitative et qualitative, pilotée par la HAS, portant sur les caractéristiques des EIAGS en lien avec la pandémie et le ressenti des patients, montre que le manque de communication entre professionnels et patients, bien documenté, est un élément majeur des difficultés. L'insuffisance des ressources en ambulatoire et l'indisponibilité des professionnels de santé, à l'origine de difficultés d'accès aux soins de rééducation post-opératoire, ont entraîné des complications de type musculo-squelettique (3 % en 2019 contre plus de 13 % durant la période Covid-19) [46].

### Conclusion

L'objectif du virage ambulatoire est de transférer des soins qui étaient antérieurement délivrés à l'hôpital vers le domicile des patients. Si les mettre au cœur du processus de soins et de prise en charge c'est leur déléguer une part du travail de soins, alors c'est compter sur leurs ressources propres et donc accentuer l'inégale répartition sociale et territoriale des soins. Éviter le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé suppose de répondre à deux enjeux essentiels : d'une part, repenser, organiser et investir dans l'articulation entre les établissements de santé et les soins de ville, pour éviter que le parcours ville-hôpital ne soit marqué par des ruptures de communication que les patients ont à charge d'essayer de pallier ; d'autre part, un pilotage et une réorganisation de l'offre des soins de ville indispensables pour décroiser les interventions de l'ensemble des professionnels de santé et des services sociaux, maîtriser l'offre de soins au niveau territorial, expérimenter d'autres modèles de financement que le paiement à l'acte, et développer les nouvelles formes d'organisation (CPTS, MSP...) de soins primaires, permettant un exercice coordonné de soins de qualité par des équipes pluriprofessionnelles organisées.

Faute de répondre à ces enjeux majeurs, le virage ambulatoire ne pourrait que creuser un peu plus les inégalités sociales et territoriales de santé, entre des patients initialement socialement favorisés et vivant dans des territoires à l'offre de soins optimale et les autres. Il est d'autant plus important de poser ces questions que le dispositif de surveillance statistique ne permet pas aujourd'hui de repérer des inégalités sociales de santé ou des inégalités territoriales de santé dans le cadre du virage ambulatoire. ➡

5. Haute Autorité de santé. « IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés ». 2018-2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

6. Legleye S., Rolland A. « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base ». Insee Première, 2019, n° 1780. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>



# Les plus pauvres : une chance pour le virage ambulatoire ?

**Huguette Boissonnat-Pelsy**  
Département santé  
d'ATD Quart-Monde  
**Aude Seydoux**  
Cabinet de conseil  
et de formation  
Acemis

**A**border le virage ambulatoire avec des patients en grande vulnérabilité, c'est surtout se demander ensemble comment le réussir. De 2016 à 2021, dans le cadre du département santé d'ATD Quart-Monde, une étude participative<sup>1</sup> a été menée qui a abouti à recueillir les constats, analyses et propositions de personnes précaires et de professionnels les accompagnant. Dans la suite de ce rapport de recherche<sup>2</sup>, des expériences patient à partir des plus vulnérables ont été développées dans plusieurs structures hospitalières, privées et publiques, et une en médecine de ville. Pour tous, le virage ambulatoire a permis une prise en charge multiple, coordonnée, performante, avec de la technologie de haut vol, et c'est une grande chance offerte, au malade, de ne pas être hospitalisé plus que le strict nécessaire, de permettre et privilégier le maintien à domicile.

Les personnes en grande pauvreté ne s'y trompent pas, elles sollicitent, souhaitent et recherchent cette prise en charge ambulatoire, comme tous les autres citoyens. Elles en mesurent la chance, pour eux et leur famille. Elles disent alors : « *Il ne faudrait pas croire que parce qu'on est vulnérables, on a envie de rester dans une chambre d'hôpital! Non, tout le monde a envie de sortir de l'hôpital et tout le monde a envie de rentrer à la maison!* » Elles sont également conscientes que la précarité économique n'est pas la seule fragilité face

à ce mode de prise en charge. La précarité sociale marquée par l'âge, l'isolement de l'individu et l'isolement géographique, les conditions de vie dégradées amènent aussi à des situations d'aller-retour entre les structures et le domicile qui fragilisent les équilibres précaires, comme le dit cette femme : « *Après, pour les plus pauvres, la médecine ambulatoire est synonyme de ping-pong, entre l'hôpital et le reste, une fois ping une fois pong et quelques fois ça casse...* » Alors que dire lorsque ce virage se transforme en « virage déambulatoire », qui amène à déambuler dans le système de santé ?

## Les enjeux

Il y a plusieurs domaines où la prise en charge ambulatoire est questionnée et attendue par les plus pauvres. Ces domaines sont ceux liés au vécu des personnes, aux difficultés économiques et aux conditions de vie, sources de difficultés dans la cohérence du parcours de soins. Il y a les difficultés liées à la relation soignant-soigné, qui se révèlent primordiales dans l'expérience patient de la personne vulnérable, et puis celles liées à la prise en charge : déserts médicaux, situation géographique, asymétries d'information, d'interprétariat, renoncements aux soins ou ruptures de droits. Enfin, la priorisation des urgences, qui amène à choisir : le logement, l'emploi, l'obtention des droits passent souvent avant la santé. La réalité de la vie en précarité (rupture, instabilité, « vie au jour le jour ») heurte le concept de proposition linéaire et fluide du parcours de santé, concept porteur de cette nouvelle orientation.

## Les freins

● Lors des prises en charge en chirurgie ambulatoire, l'information écrite (intervention, précautions anesthésiques), les textes (consentement éclairé, directives anticipées, questionnaire préopératoire) ne sont pas en adéquation avec la réalité de beaucoup. Des questions simples posées à l'oral, ou un accompagnement personnel lors du remplissage pourraient permettre d'anticiper ces complexités liées aux mots et à l'écrit. L'articulation entre le service de chirurgie et la médecine de ville semble pour les participants possible et souhaitable sous certaines conditions : si le compte rendu de l'intervention est d'abord dit à l'oral puis écrit, et rendu disponible de suite par le médecin, si les consignes sont comprises et acceptées par le patient en précarité, s'il y a l'assurance de l'existence d'un médecin traitant, si un lien avec le service infirmier a été réalisé avant la sortie, si une vérification des droits sociaux et de leur ouverture le cas échéant est faite avant la sortie, et bien sûr si une attention est portée aux conditions de

**1.** Le laboratoire d'idées santé d'ATD Quart-Monde est constitué de personnes en grande précarité. De 2016 à 2021, ce groupe a abordé les multiples facettes de la prise en charge ambulatoire. Le groupe a travaillé à partir des recommandations de l'HAS, et plus particulièrement du chapitre intitulé « Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux ». En parallèle, un groupe de professionnels de la santé et du social a travaillé à partir des mêmes recommandations et a confronté les constats et les préconisations du laboratoire à l'aune de ses expériences sur les conditions actuelles d'exercice de la médecine ambulatoire et la mise en place du parcours de santé. Ce laboratoire santé était animé par un cabinet de sociologie, il s'est réuni mensuellement pour débattre et travailler sur des thématiques de santé définies pour une ou plusieurs années. Un rapport a été réalisé pour l'ARS Grand Est puis un autre pour le Fonds CMU, enfin une recherche a été réalisée dans le service d'odontologie pédiatrique au CHRU de Nancy dans le cadre d'une expérience patient à partir des plus pauvres, la méthode ayant été travaillée avec le cabinet Acemis pour que l'expérience parte bien des plus vulnérables. Le laboratoire d'idées a été un interlocuteur moteur dans ce travail de mise en œuvre de la méthode. D'autres structures de soins se sont aussi interrogées dans le cadre de leur démarche qualité sur l'accessibilité de leurs parcours ambulatoires pour toutes et tous. Nous avons pu alors tester la méthode dans cinq sites publics, privés ou de ville.

**2.** ATD Quart-Monde. Le Développement de la médecine ambulatoire : un autre regard. Recueil des constats, analyses et préconisations de publics vulnérables relevant de la CMUC et de l'ACS, croisement d'analyse avec des professionnels acteurs de santé ? 2017.

vie du malade. Enfin, le codage à l'activité, très normatif, a aussi une part dans les difficultés rencontrées. Les volumes attendus, les réalités de terrain sont parfois contradictoires : « *Un SDF qu'on aime bien a un ongle incarné. Il rentre à l'hôpital pour l'intervention. Il est diabétique, on le garde finalement pour la nuit parce qu'on ne veut pas que le premier change de pansement soit fait dans la rue. Eh bien on a été redressés par la sécurité sociale! on aurait dû le prendre en ambulatoire et coder sans la nuit!* »

- Lors de l'hospitalisation à domicile, la réalité décrite n'est pas simple, car interviennent les vœux du malade, ceux de la famille, les logiques médicales, hospitalières, institutionnelles, auxquelles s'ajoutent les circonstances particulières liées à la vie dans la misère. Les participants privilégient massivement l'hospitalisation à domicile et en découvrent les limites diverses, dont les « allers et retours » entre domicile et hôpital programmés ou imposés par l'évolution de la maladie. Ils découvrent le poids d'autres institutions qui interfèrent dans leur vie, ils mesurent le coût de l'hospitalisation à domicile par rapport à l'hospitalisation institutionnelle. Ils préconisent un mode de prise en charge plus fluide, une réévaluation des prises en charge compatibles avec leurs restes à vivre, des modalités de répit et de prise en compte des statuts d'aidants même s'ils sont pauvres.

- Dans le circuit de la médecine de ville en lien avec l'hôpital, le passage indispensable pour la personne en grande vulnérabilité est celui de l'accès aux droits de protection sociale (restes à charge pour le matériel médical, difficultés de mise en place du tiers payant C2S, obtention des droits à l'aide médicale de l'État [AME], reste à charge ingérable lorsque la mort survient, car il n'y a pas de capital décès pour les non-salariés...). La bonne articulation entre les dispositifs spécifiques d'aide aux personnes en difficulté (permanence d'accès aux soins de santé [Pass], consultations gratuites, etc.) et les professionnels de ville (système de droit commun) permettrait des passerelles pour que le passage de l'urgence à l'accès aux droits soit fluide. Le virage ambulatoire provoque des parcours complexes ville-hôpital qui mobilisent, pour certains patients, plusieurs professionnels de santé. Améliorer la qualité et la sécurité de leurs soins nécessite d'analyser et d'améliorer avec les usagers l'organisation de ces parcours personnalisés de santé et les interfaces entre professionnels de la santé, du champ social, du médicosocial et de la santé connectée. Le pharmacien a été identifié par les personnes du laboratoire comme « *la personne-ressource et le pivot de santé, l'entrée est gratuite, pas d'avance de frais pour avoir ses conseils* ».

- Enfin, plus généralement, l'éloignement des hôpitaux, la spécialisation en pôle avec une ventilation territoriale, disperse les malades, la question de la mobilité est dès lors un facteur clé de la prise en charge ambulatoire. Comment faire lorsque le malade part seul en VSL pour une opération et que le proche ne peut pas monter dans la voiture avec lui? Et aller à l'hôpital par

soi-même alors qu'il n'y a qu'un bus qui passe dans le village, matin et soir? Ou encore faire des trajets de plusieurs kilomètres à pied, avec des enfants dans les bras pour une intervention en odontologie, comme le font les parents migrants à Nancy? Les suivis proposés par tablettes numériques, les « téléconsultations » semblent pour le moment inaccessibles en termes de matériel, d'usage et de « zones blanches » sans réseau, qui aggravent la situation.

### Les leviers d'amélioration

- Identifier et accompagner les situations ou périodes de fragilité dans le parcours de vie et de santé des personnes en précarité permettrait de protéger les parcours et d'anticiper. Améliorer la couverture des frais induits de l'ambulatoire, envisager la valorisation de matériel médical recyclé, restructurer l'offre des assurances « assistance à domicile » pour qu'elles soient accessibles à tous, garantir des maisons de santé accessibles respectant le secret de l'usager comme le secret professionnel<sup>3</sup>, sont les principaux leviers évoqués. Des pistes pourraient aussi être « *de se donner les moyens de la formation pour tous* », disent les participants<sup>4</sup>. Des formations sur « la relation soignant-soigné », sur les métiers, dont celui de « médiateur en santé », sur les « relais accompagnateurs », sur les statuts de pairs aidants. La valorisation de consultations plus longues, d'outils d'analyse et d'amélioration de l'accès de tous à la santé connectée sont proposés.

- Enfin, développer la transformation des parcours de soins ambulatoires à partir de l'expérience du patient en grande pauvreté, dans une logique d'équité, nous est apparu la bonne voie. Un nouveau parcours patient prenant en compte les fragilités et le vécu des patients les plus vulnérables<sup>5</sup> nous a montré l'opportunité de les construire avec eux et avec leurs interlocuteurs. Pour cela il a fallu travailler une méthode pour réaliser un diagnostic du vécu des patients lors d'une prise en charge en ambulatoire, définir les cibles d'améliorations et alors coconstruire avec les acteurs concernés un nouveau parcours de soins adapté aux plus vulnérables,

**3.** Le dossier circulant, les médecins, les infirmières, les psychologues ou même parfois les structures sociales peuvent avoir accès à la partie médicale mais aussi aux informations sur les conditions de vie des personnes. Certaines disent qu'elles ne veulent pas que tout le monde sache qu'elles sont femmes battues ou encore que l'on connaisse les événements difficiles qui sont consignés dans le dossier, qui est accessible... D'où le secret réclamé, pas seulement médical mais aussi celui concernant les autres informations concernant l'usager.

**4.** Le repérage peut être dangereux et source de stigmatisation par les professionnels, les amener à envisager une relation plus empathique, moins technique, en s'approchant d'une posture respectueuse de l'autre dans sa différence est souhaitable. Tous les patients se ressemblent et les soignants gagnent à savoir comment vivent les personnes et dans quel environnement.

**5.** Boissonnat-Pelsy H., Mazzerio L., Tettamanti C., Bannay A., Clément C., Colombo M., Droz D. Expérience patient dans un service d'odontologie pédiatrique à partir de l'expérience des patients en grande précarité. Avec la participation du cabinet de conseil Acemis : Seydoux A. Rapport ARS Grand Est.



et qui alors même qu'il sera amélioré pour les plus fragiles le sera de fait pour toute la population. Le premier CHRU qui a accepté de codévelopper cette expérience est celui de Nancy, dans son service d'odontologie pédiatrique, en lien avec l'université d'odontologie et avec le soutien de l'ARS Grand Est. Quarante-deux points de difficultés ont été identifiés sur le parcours patient. Cette étude menée de manière inédite a permis des actions de correction et d'amélioration mises en œuvre ou en discussion avec les différents professionnels responsables des services internes du CHRU. Quelques points n'ont pas pu trouver de solution, mais les processus ont évolué. Cette méthode a été appliquée avec succès dans plusieurs structures en France avec le soutien du Fonds national pour la démocratie sanitaire<sup>6</sup>. La nouvelle certification de la Haute Autorité de santé met l'amélioration de l'expérience patient au cœur de la démarche de validation. Concrètement, ces expériences patient ont montré qu'il était possible que les plus fragiles, lorsqu'ils peuvent apporter leur contribution, soient une chance pour notre système de santé, ces expériences apportant des résultats tangibles<sup>7</sup> :

6. « Recherche-action d'ATD Quart-Monde sur l'expérience patients en ambulatoire », présentation au FNDS le 7 avril 2021, par Huguette Boissonnat-Pelsy et Aude Seydoux.

7. Boissonnat-Pelsy H. Médecine ambulatoire et grande pauvreté. Lorsque les plus démunis deviennent acteurs et partenaires de l'expérience patient. Département santé ATD Quart-Monde, Laboratoire d'idées santé ATD Quart-Monde, avec la participation du cabinet Études et Développement, du cabinet de conseil Acemis, de l'université d'odontologie de Nancy, du CHRU de Nancy et de son service qualité, avec le soutien de l'ARS Grand Est. Éditions Quart-Monde, janvier 2021.

« Si on améliore la situation des patients plus fragiles, des plus pauvres, on améliore la situation de toute la population. »

### Conclusions

Les usagers les plus démunis ne s'expriment pas facilement, ils estiment ne pas avoir le droit de le faire, ou alors ils sont trop noyés dans leur colère. Ici le travail en laboratoire leur permet de prendre leur place et l'expérience patient a amené les participants au stade d'acteurs et de partenaires du système de santé. Les participants n'ont pas voulu faire des propositions de transformation sans d'abord nommer les propositions de caractère général sur les conditions nécessaires au bon déroulement d'un parcours de santé dans le cadre de leur vulnérabilité. L'expérience patient, dans sa méthode travaillée pour partir des plus démunis, a permis de faire avancer les réflexions pour chacun et/ou pour les autres avec l'espoir d'une amélioration. Les choses ici ont été dites clairement, de manière pragmatique et tout de suite. Lanceurs d'alerte, les plus fragiles expérimentent et alors expriment tout haut les risques et les manques engendrés par des prises de décisions politiques, parce qu'ils n'ont ni les moyens financiers ni les moyens humains de les compenser. Quand on leur demande des solutions, ils proposent des choses simples, de bon sens, qui ne coûtent pas cher. Alors oui, ils jouent un rôle de sentinelle pour nos systèmes de santé et du médico-social, oui, ils peuvent avec nous devenir acteurs et être des partenaires. Saisissons cette chance pour accompagner le virage ambulatoire. ➔

## Le virage ambulatoire dans le secteur des soins aux personnes âgées

**Marguerite-Marie Defebvre**  
Médecin de santé publique, chargée de mission vieillissement et DAC (dispositifs d'appui à la coordination), ARS Hauts-de-France

Les personnes âgées de 75 ans et plus sont plus de 6 millions en France, dont un tiers au moins va connaître un épisode d'hospitalisation dans l'année, qui se déroule à 47 % via les urgences. Leurs principaux motifs d'hospitalisation sont, par ordre de prévalence, les chutes, les fractures du col et du bassin, la dyspnée aiguë et les infections respiratoires. En 2018, cela représente 29 % des séjours hospitaliers en services de soins aigus<sup>1</sup>. Or l'hospitalisation constitue pour ces personnes une étape critique qui les expose à un risque de perte d'autonomie en réduisant leurs capacités à réaliser seules certaines activités de base de la vie quotidienne, comme se lever, marcher, s'habiller, manger... On parle de dépendance iatrogène liée à

l'hospitalisation. Ce phénomène est en partie évitable si on adapte les soins et l'environnement hospitaliers à leurs besoins spécifiques.

92 % reviennent au domicile mais moins d'un tiers consulte dans la semaine suivante son médecin traitant et la moitié a des soins infirmiers. On observe un taux de réhospitalisation à un mois de 18 % alors que le taux de réhospitalisations évitables est estimé à 32 %.

Si l'on prend l'exemple de la fracture de la hanche, 10 à 30 % des patients âgés deviennent dépendants, 25 % entrent en Ehpad et 20 à 24 % décèdent dans l'année. En pratique, le délai opératoire est souvent trop long et constitue un des principaux facteurs de surmortalité, alors qu'il est prouvé qu'opérer rapidement (à moins de 48 heures) avec une organisation ortho-gériatrique spécifique, une mobilisation précoce et un renforcement des soins de rééducation à domicile améliorent le pronostic.

1. HAS. « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ». Fiche points clé et organisation des parcours, 2018.



L'expérience des parcours de santé personnes âgées (Paerpa<sup>2</sup>) a montré qu'il faut assurer une organisation pour passer d'une réponse de premier recours en silo vers une gestion coordonnée intégrée avec accès à l'expertise. L'objectif est d'anticiper les décompensations, les situations de crise sociale, réduire les risques d'aggravation de la maladie et de perte d'autonomie, mieux accompagner les personnes au long cours. C'est un programme qui visait une collaboration interdisciplinaire et pluriprofessionnelle et c'est dans cet esprit que doit s'inscrire le virage ambulatoire pour les personnes âgées<sup>3</sup>.

### La chirurgie ambulatoire, précurseur du virage ambulatoire : une organisation devant être paramétrée aux besoins gériatriques

Jusqu'à ce jour, les pratiques ambulatoires concernaient surtout pour les personnes âgées des interventions de spécialité (ophtalmo, ORL, urologie...), mais désormais les interventions plus lourdes comme les prothèses de hanche sont possibles en ambulatoire. L'âge n'est plus un obstacle à une prise en charge en ambulatoire, mais les comorbidités le restent. Le taux de complications (accident thromboembolique, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sepsis) est plus élevé au décours d'une hospitalisation conventionnelle que dans les suites d'une prise en charge en secteur ambulatoire. On y observe par ailleurs moins de troubles cognitifs. Il est donc impératif que les patients âgés puissent bénéficier d'un bilan préopératoire complet, faisant une analyse bénéfiques/risques spécifique. Les équipes doivent être aguerries à la prise en charge globale gériatrique ou bénéficier d'un travail coordonné avec la gériatrie (comme l'équipe mobile gériatrique).

La formation des équipes chirurgicales peut être ici questionnée, car si elles sont bien au fait des suites classiques liées au geste chirurgical, elles le sont moins de l'approche globale gériatrique des patients âgés (comme le risque de confusion) et la compréhension de l'environnement psychosocial permettant un retour à domicile simple. La mise en place d'une organisation interne adaptée (soins, procédures et personnels), d'une bonne information et d'un suivi anticipé avec présence d'aidant est essentielle.

### Médecine ambulatoire, hospitalisation de jour ou de semaine en médecine ou soins de suite : une organisation qui se cherche, avec beaucoup de désistements

La médecine ambulatoire, hors soins spécialisés (chimiothérapie, par exemple), est insuffisamment caractérisée (circulaire frontrière), ce qui ne permettait pas son développement pour le sujet âgé jusqu'à aujourd'hui. Ces hospitalisations programmées restent complexes en organisation, d'autant qu'il y a une fatigabilité des

personnes face aux différents actes à réaliser en un temps réduit et beaucoup de non-venues, alors même que ces structures réduiraient les risques d'iatrogénie hospitalière. L'instruction de 2020, qui précise mieux les conditions d'éligibilité et de financement, sera à évaluer<sup>4</sup>.

Les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques, qu'il s'agisse des HDJ de médecine ou des HDJ de soins de suite et réadaptation (SSR), ont un rôle à jouer pour le diagnostic, la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Si toutes les études ne sont pas positives, la plupart ont montré l'utilité des HDJ dans l'évaluation des chutes ou celle des troubles de la mémoire ou encore pour les transfusions, fréquentes chez le sujet âgé. L'évaluation en hôpital de jour laisse le temps de la discussion avec le patient et son aidant, voire de réaliser des programmes d'ETP<sup>5</sup>. De nombreuses études ont démontré l'importance d'une intervention multidisciplinaire en gériatrie, possible dans ces unités<sup>6</sup>.

Le rapport du HCSP sur le virage ambulatoire de 2021 [33] a montré qu'au total les séjours hospitaliers étiquetés « médecine ambulatoire » hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) représentaient 2 691 630 séjours en 2018. Seulement 87 718 séjours étudiés concernaient les personnes âgées, dont 88 % sans nuitée. Un peu moins de la moitié (41 %) relève d'explorations et de surveillances, avec par ordre décroissant :

1. maladies et troubles mentaux ;
2. affections de l'appareil circulatoire ;
3. affections de la peau (mélanome, ulcères), voie urinaire, rein, appareil musculo-squelettique.

Les autres séjours correspondent *a priori* à des prises en charge thérapeutiques programmées ou non, avec près de 50 % liées à des troubles cognitifs ou démences. Étonnamment, le motif d'exploration chutes et troubles de la marche est non visible dans ces données récentes, et la place de la psychogériatrie est importante.

En UHCD, sur 1 091 239 séjours, 20 % concernent des personnes de 80 ans et plus, dont 40 % pour des maladies d'organes, 29 % des symptômes et 12 % des traumatismes, dont ceux liés aux chutes.

Deux profils principaux ressortent de l'étude des séjours ambulatoires :

- programmés pour les maladies neurodégénératives (développés dans le cadre des centres mémoire) ;
- non programmés pour des traumatismes : si la surveillance peut se justifier pour les traumatismes crâniens, elle interroge plus pour les traumatismes des membres.

4. 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.

5. Éducation thérapeutique du patient.

6. Robinet P, Puisieux F. « Les hôpitaux de jour gériatriques français prenant en charge les chutes ». Santé Publique, 2014, 6 (26), p. 795-801.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

3. Lussier M.-D. « Parcours des personnes âgées dans le système de santé ». *Regards*, 2020, 1, 57, p. 115-126.





## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

C'est plutôt les difficultés des retours à domicile rapides qui en sont la cause.

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 [33].

### Des dispositifs interstitiels permettant de réduire les durées de séjour ou d'optimiser les séjours et prises en charge en MCO avec la ville

#### Prado, service de retour à domicile

Le Prado, service de retour à domicile des patients hospitalisés, a été initié par l'Assurance maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il a pour objectif la réduction des durées de séjour hospitalier. Le « Prado personnes âgées (PA) » est destiné aux personnes de 75 ans et plus avec polyopathie, quel que soit le motif de leur hospitalisation. Si les « Prado maladies chroniques » ou « maternité » semblent faire la preuve de leur efficacité, il n'en est pas de même du « Prado PA », où les personnes éligibles semblent plus difficiles à déterminer pour l'hospitalisation étant donné l'impact des comorbidités et les aspects sociaux (dont le manque potentiel d'aidant à domicile), qui génèrent des hospitalisations plus longues. Leur pérennité est aujourd'hui questionnée.

#### Des expérimentations d'infirmiers (IDE) spécialisés dans le parcours de soins

Les équipes mobiles intrahospitalières pluriprofessionnelles sont les plus anciennes mises en place. Elles apportent des avis ponctuels spécialisés et proposent des orientations pour le parcours du patient dans les services MCO à la demande et aux urgences systématiquement. Elles se développent actuellement pour couvrir les différents lieux de vie (Ehpad et domicile). Toutes ont des infirmiers experts en gériatrie.

Dans certaines hospitalisations à domicile, des infirmiers financés pour organiser des sorties effectuent un passage quotidien aux urgences ou sont appelés à la demande des services permettant des retours à domicile sécurisés.

Des infirmiers (IDE) de parcours complexes existent en secteur hospitalier, notamment en oncogériatrie. L'Inca<sup>7</sup> a lancé un appel à projets pour en financer en 2020. Ils permettent le suivi ou coaching à distance d'une file active de patients âgés complexes afin de structurer des parcours de soins spécialisés avec différentes spécialités impliquées. Ces infirmiers coordonnateurs de soins renforcent l'interface entre les professionnels et les patients. Initialement davantage centrés sur le dispositif d'annonce et le parcours intrahospitalier, leur mission évolue vers plus de sécurisation du lien

hôpital-ville. Dans les Hauts-de-France, dans le cadre de la mesure 5 du pacte urgences, vont être expérimentés dès 2022 des IDE de parcours gériatrique et psychogériatrique, ayant les mêmes missions que les précédentes.

Dans l'ensemble de ces dispositifs, on relève le rôle central des infirmiers, qui peuvent avoir différentes missions<sup>8</sup> pouvant se cumuler.

- Évaluateur : mise en place d'un plan de sortie pour le patient construit en équipe pluridisciplinaire.
- Expert en gériatrie : grâce à ses compétences globales et connaissances dans ce domaine précis, il garantit la continuité des soins et la sécurité du patient.
- Éducateur en santé : transmission de l'information et connaissance au patient et à ses proches mais également aux différents intervenants à la sortie de l'hôpital, notamment par l'éducation thérapeutique.
- IDE de parcours : coordination et planification de la sortie d'un patient hospitalisé pour garantir la transition entre l'hôpital et le domicile ou une autre structure. L'infirmier, ayant réalisé une première évaluation des besoins pendant l'hospitalisation, est responsable d'un suivi téléphonique et d'organiser des consultations et soins complémentaires après la sortie durant un temps défini, par des interventions individualisées. Il peut également vérifier si les interventions mises en place conviennent au patient et si elles sont efficaces.
- Collaborateur : rôle dans la collaboration interdisciplinaire des intervenants gravitant autour du patient. Parfois les différents intervenants ne se rencontrent pas, c'est l'infirmier responsable du patient qui fait le lien. En fonction des besoins et des questionnements du patient, il peut aussi organiser et orienter des interventions avec d'autres professionnels de la santé.
- Formateur : sensibiliser les soignants aux spécificités de la personne âgée peut avoir un impact conséquent sur sa prise en soins et, de manière collatérale, sur la contribution à la diminution des réhospitalisations.

Mais si l'intérêt de ces nouvelles missions semble faire consensus et appuie logiquement une coordination dont l'importance augmente avec les prises en charge ambulatoires et la multiplicité des intervenants, le problème majeur est le manque de financement dédié. En corollaire, le positionnement professionnel et statutaire de l'infirmier gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations, voire de les pérenniser.

#### Des dispositifs de sécurisation des retours à domicile ou pour éviter l'hospitalisation conventionnelle

Différents dispositifs ou nouvelles procédures sont expérimentés actuellement pour réduire les risques de réhospitalisation et stabiliser les retours à domicile.

<sup>8</sup>. Sanchez E., Siegenthaler C. Le Rôle infirmier dans la contribution à la diminution des réhospitalisations des personnes âgées en soins somatiques. Lausanne : Haute École de la santé de Lausanne, juillet 2018.

7. Institut national du cancer.

1. Des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de sortie d'hospitalisation ou en aval des urgences qui permettent de sécuriser le retour à domicile avec des interventions qui vont de l'accompagnement de ce retour jusqu'à des soins réalisés à des horaires élargis (en début de nuit ou tôt le matin, voire le week-end).
2. Depuis 2018 et sous réserve de convention, les interventions de SSIAD et d'hospitalisation à domicile peuvent être conjointes. Le patient revient à son domicile après une hospitalisation complète et avait été pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile pendant au moins sept jours consécutifs au préalable. Il conserve sa place dans le SSIAD à sa sortie d'hôpital. Le médecin (traitant ou hospitalier) peut prescrire en sus au patient une hospitalisation à domicile.
3. Des hébergements temporaires (HT) post-hospitalisation en MCO ou lors de l'hospitalisation de l'aidant avec reste à charge minimale permettent des accompagnements avant retour à domicile. Ces hébergements temporaires ont pour objectif de limiter des hospitalisations en service de soins de suite et de réadaptation injustifiées et de sécuriser le retour.
4. Dans le cas de situations complexes à domicile, des professionnels au sein des dispositifs d'appui à la coordination (ex-Maia et réseaux) peuvent venir appuyer les professionnels du premier recours dans leurs interventions en les coordonnant et en apportant des expertises.

### Des dispositifs accompagnés par le numérique stimulés par la crise sanitaire

Si la crise du Covid-19 a freiné certains aspects du virage ambulatoire, *a contrario* d'autres se sont accélérés ou ont émergé. 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 fragiles. De nouvelles coopérations sont nées, d'autres ont été renforcées. 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. Ces téléconsultations sont le fait dans l'immense majorité des cas (96 %) de médecins libéraux, dont quatre sur cinq sont des généralistes. Elles ont concerné des patients de tous les âges mais une personne sur cinq a plus de 70 ans. Par ailleurs, des services de télésurveillance à domicile, tels que Covidom (solution de télésuivi à domicile), se sont développés et ont contribué à sécuriser le suivi des patients atteints de Covid-19.

Les agences régionales de santé sont également en train de déployer des plateformes numériques (Predice, TerreSanté...) comprenant des dossiers de coordination pour gérer collectivement les parcours de soins complexes en équipe de soins.

### Des expérimentations « articles 51 » pour favoriser l'organisation coordonnée de soins ambulatoires à domicile

Le dispositif national des articles 51<sup>9</sup> pour l'innovation en santé vise à expérimenter des organisations innovantes pour transformer le système de santé en faisant appel à des modes de financement et d'organisation inédits permettant de décroiser et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficacité et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Pour les personnes âgées, différents projets se déploient, dont :

1. l'adaptation de services et établissements médico-sociaux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie avec les dispositifs renforcés de soutien à domicile (Drad) ;
  2. l'optimisation thérapeutique au service de la prise en charge du premier recours, avec Iatroprev en Hauts-de-France et Optimed en Île-de-France, dans une coopération de la gériatrie hospitalière et des pharmaciens d'officine ;
  3. le suivi infirmier renforcé à domicile des personnes âgées (RSMO) en Pays-de-Loire (infirmier référent, expert) ;
  4. l'utilisation d'outils connectés entre filière gériatrique hospitalière et SSIAD pour éviter des réhospitalisations de personnes cliniquement instables, avec Vigie-Age en Île-de-France ;
  5. la concertation pluridisciplinaire en ville avec implication des services sociaux et de portage de repas, avec Nutri'Age en Hauts-de-France ;
  6. la mise en place de parcours de soins ambulatoires des troubles cognitifs (du diagnostic à l'accompagnement), avec le parcours ambulatoire pour seniors atteints de troubles cognitifs (Passcog).
- Les évaluations de ces projets sont attendues.

### Conclusion

Le système de santé n'a que trop développé par le passé des organisations et des processus adaptés aux adultes quel que soit l'âge. On s'aperçoit aujourd'hui que la transformation du système de santé nécessite un investissement sur l'accompagnement du changement. Cette transformation s'inscrit dans ce que l'on appelle les parcours de soins. Les travaux conduits sur les parcours de soins des personnes âgées en France (Paerpa : personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ont été précurseurs de la réorganisation territoriale de proximité et ont permis des expérimentations aujourd'hui en généralisation (hébergement temporaire post-hospitalisation, équipes mobiles...). Cela suppose de renforcer, à tous les niveaux, les dimensions pluriprofessionnelles du travail soignant, et de considérer que les fonctions de

9. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>



coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin.

Le parcours de soins implique que non seulement l'hôpital se réorganise pour correspondre aux besoins des personnes, mais que ses partenaires en aval et en amont assument de manière plus intensive et coordonnée la prise en soins. Ce n'est qu'à ces conditions que le virage ambulatoire peut se déployer. La mise en œuvre généralisée du parcours de soins à tous les secteurs

(social, médicosocial et sanitaire) ne pourra se faire sans une formation à la prise en charge holistique des personnes porteuses de maladies chroniques et/ou de polyopathologies. Cette formation devrait être continue mais aussi initiale et pluriprofessionnelle, dans tous les cursus de santé<sup>10</sup>. ➔

10. Lussier M.-D. « Parcours des personnes âgées dans le système de santé ». *Regards*, 2020, 1, 57, p. 115-126.

## Santé mentale et soins ambulatoires, l'avenir dure longtemps ?

**Jean-Luc Roelandt**  
Psychiatre, directeur adjoint du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS), EPSM Lille Métropole, Inserm-équipe Eceve, UMR 1123

La nécessité d'un virage ambulatoire, telle que nommée actuellement, a pris naissance pour la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres, au XX<sup>e</sup> siècle, quand l'hygiène mentale a rejoint le mouvement d'hygiène sociale dans les dispensaires qui luttaient contre les fléaux sociaux dans les villes. Ces expériences novatrices ont été portées aussi par la naissance de la sécurité sociale. Le côté néfaste de l'enfermement des malades mentaux pendant la Seconde Guerre mondiale s'est manifesté par le décès de plus de 40 000 d'entre eux, qui n'avaient pas accès au marché noir et qui sont morts de faim. Ces expériences et constatations ont amené à penser une nouvelle organisation, non plus centrée sur l'hôpital, mais sur la ville.

### Une nécessité qui date

Le secteur de psychiatrie fut créé, qui confiait la prévention, le soin, la postcure et la réadaptation à une seule équipe pluriprofessionnelle pour des territoires de 66 000 habitants environ. Il portait en germe le redéploiement complet du dispositif de soins dans la ville et la fin des asile-hôpitaux psychiatriques, en lien avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

Ce virage ambulatoire fut le premier en date à avoir voulu mettre en œuvre une politique de prévention et d'inclusion dans la cité, un parcours de soin et d'inclusion coordonné pour des personnes potentiellement stigmatisées par leurs troubles. Aujourd'hui c'est tout le système de santé et de protection sociale qui prend le virage ambulatoire.

tableau 1

### Évolution des soins en psychiatrie de 2012 à 2021

	2012	2013	2014	2015
Nombre total de patients	1 684 440	1 655 721	1 692 387	1 727 081
Nombre de patients hospitalisés à temps plein	382 414	343 537	341 946	342 521
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein	18 505 478	18 668 029	18 708 766	18 508 443
Nombre de patients vus en ambulatoire	1 508 505	1 514 884	1 554 981	1 593 569
Nombre d'actes ambulatoires	16 537 246	18 260 869	18 619 765	19 046 023
Nombre de patients avec soins à domicile	124 788	124 474	124 974	126 632
Nombre d'actes à domicile	1 932 919	1 941 932	1 967 234	1 940 314
Forme d'activité exclu ambulatoire	77 %	79 %	80 %	80 %
Nombre de patients ayant eu des soins sans consentement (y compris des programmes de soins)	83 721	86 206	89 851	92 918
Nombre de patients ayant eu une hospitalisation sans consentement	73 860	75 791	76 763	80 062

Champ : Population âgée de 16 ans ou plus, ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Remerciements à Magali Coldefy, Coralie Gandre et Patrick Risselin.

### La sectorisation, prototype des soins ambulatoires

La loi de 1986 crée officiellement la sectorisation psychiatrique et octroie à chaque secteur un budget global, non lié à l'activité (le nombre de lits occupés) mais à l'œuvre pour la santé mentale d'une population, tant pour l'accès aux soins que pour l'insertion sociale. Ce budget global (dotation affectée de fonctionnement) permettait de faire passer le budget de l'hospitalisation à la création de structures ambulatoires variées, répondant à toutes les formes de soins et d'insertion dans la cité (CMP, hôpitaux de jour, centres d'activité thérapeutiques à temps partiel, appartements et ateliers thérapeutiques, familles d'accueil, etc.). Le choix a été de confier à l'hôpital la gestion de ce dispositif et son déploiement, en ne fermant pas les hôpitaux psychiatriques, comme cela a été le cas à cette période un peu partout dans le monde.

Cela a conduit à une déshospitalisation douce, faute d'envisager l'hôpital dès le départ comme une alternative aux soins communautaires. Tous les rapports ministériels en France depuis 1983 rappellent que les soins doivent être dans la proximité, au plus près des lieux de vie et doivent prendre en compte l'inclusion sociale des personnes, leur dignité et leur choix de vie et de soins. Cela reste en contradiction avec l'obligation de soins, que les législateurs successifs ont essayé de cadrer et de limiter sans succès réel [49].

La loi de 2016 va réaffirmer la sectorisation comme base de l'organisation des soins de proximité et créer les projets territoriaux de santé mentale, en la situant comme une des composantes de l'offre totale de soins et d'accompagnement, à la fois sociale, médicosociale

et sanitaire. La coordination pratique de proximité est assurée par les conseils locaux de santé mentale quand ils existent, qui vont associer aux acteurs sanitaires et sociaux les élus, les habitants, les usagers et aidants et tous les services de l'État et des collectivités locales. De plus, elle favorisera l'extension des groupements d'entraide mutuelle « entre personnes concernées » qui se créent sur le territoire.

### Une évolution internationale

Au niveau international, l'OMS a accompagné et soutenu cette démarche de désinstitutionnalisation et d'implication territoriale et sociétale en santé mentale. Depuis les conférences d'Alma-Ata et de Toronto, l'importance des soins de santé primaire, de la lutte contre la stigmatisation, du bien-être de la population, de l'intersectorialité des politiques publiques, et de l'empowerment des usagers en santé a fait son chemin en santé mentale. Elle promeut un développement ambulatoire prépondérant, avec des équipes de psychiatrie mobiles, disponibles 24/24h, 7/7j, à la fois de soins intensifs mais aussi de soins et d'accompagnement au long cours dans la cité, une participation forte de la médecine générale au dispositif de soins, des services de réhabilitation et d'inclusion en ville, et quelques lits seulement pour les crises, ou lits judiciaires pour les personnes ayant des troubles et commis un délit. Et le programme QualityRights de l'OMS, une approche basée sur les droits et l'autodétermination, a pour objectif de limiter la contrainte et les restrictions de liberté, la contention et l'isolement. Les soins doivent être centrés sur une

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2012-2021
1 781 155	1 812 716	1 834 537	1 832 179	1 739 492	1 837 602	+ 9 %
337 653	332 087	328 538	322 110	296 787	302 975	- 21 %
18 463 683	18 200 269	17 946 865	17 782 837	16 828 548	16 616 451	- 10 %
1 653 969	1 691 310	1 713 429	1 718 769	1 634 596	1 731 129	+ 15 %
19 662 540	20 271 915	20 551 800	21 018 015	21 389 576	24 133 212	+ 46 %
129 333	132 358	129 189	129 361	145 818	168 797	+ 35 %
1 959 947	2 075 430	2 091 545	2 147 847	2 562 891	3 230 829	+ 67 %
81 %	82 %	82 %	82 %	83 %	84 %	+ 7 %
94 653	96 082	96 673	96 796	95 821	95 473	+ 14 %
79 506	79 852	80 485	80 528	79 514	78 401	+ 6 %

Source : base RIM-P. Exploitation : Irdes.



## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

approche qui promeut le rétablissement et implique les usagers dans tous les dispositifs.

Parmi les exemples mondiaux de bonnes pratiques, l'OMS en cite trois globaux [53] : un au Brésil, un à Trieste, et le secteur de psychiatrie 59G21, en France, qui remplit tous les critères de bonnes pratiques : travail de proximité avec les usagers, et avec les élus locaux impliqués dans le fonctionnement du service, implication des services de santé primaire et sociaux, un système résolument communautaire et ambulatoire, six équipes mobiles, des médiateurs de santé-pairs aidants nombreux dans toutes les équipes, avec 72 % des professionnels en ville, et très peu d'hospitalisations dans un service portes ouvertes sans isolement et presque pas de contention. Mais pourquoi cet exemple n'a pas été diffusé dans toute la France ? Pourquoi le dispositif, qui s'est déployé avec une diminution du nombre de lits très importante s'est-il figé à la fin des années 1990 pour stagner voire régresser depuis lors ?

### Un bilan objectif contrasté, de fortes inégalités persistantes

Malgré un contexte actuel favorable aux soins dans la communauté, le bilan de ces dernières années est en demi-teinte. Les données ci-dessus témoignent d'un réel virage ambulatoire, mais qui est lent et très inégal. Le système reste trop majoritairement axé sur les soins, quoique les orientations « rétablissement, insertion sociale et citoyenne » commencent à porter leurs fruits.

Pour rappel, en 2017, 7 millions de personnes ont bénéficié de prises en charge spécialisées ou ont pris un psychotrope en France [11]. La psychiatrie représente 14 % de la dépense totale de l'Assurance maladie. Le fardeau économique et social est évalué à 110 milliards d'euros. La médecine générale reste le premier recours en France –104 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec des variations de 75 à 130.

Il y a 61 633 psychologues, dont 32 % en libéral. Les psychiatres sont 15 764, dont 6 509 ont une activité libérale, et seulement 780 pédopsychiatres. 2 500 000 personnes ont été suivies en ambulatoire en 2017, 340 000 en hospitalisation à temps plein. 80 % des soins donnés dans les hôpitaux qui ont un service de psychiatrie le sont en ambulatoire.

Mais les inégalités entre territoires et secteurs sont importantes<sup>1</sup> : les dotations des secteurs en personnels non médicaux varient de 70 équivalents temps pleins à 300 pour 100 000 habitants. Toujours pour 100 000 habitants, la densité de psychiatres est de 1 à 59 en libéral, de 5 à 15 en psychiatrie adulte et de 3 à 15 en pédo-

**1.** Dans le domaine de l'accès aux soins de santé mentale, il y a des territoires particulièrement déficitaires ainsi que d'importantes inégalités sociales. Parmi les départements souffrant d'une faible densité de psychiatres (libéraux et salariés), les extrêmes sont Mayotte et la Guyane, puis la Meuse, l'Aube, l'Ain, la Vendée, l'Eure-et-Loir. En ce qui concerne la faible densité en personnel non médical, on retrouve la Guyane (et c'est en effet sûrement un territoire qui cumule les sous-dotations), mais aussi la Seine-et-Marne.

psychiatrie, de 10 à 50 pour les psychologues en libéral. Sans aucune explication épidémiologique crédible.

Il y a 2 263 centres médicaux psychologiques implantés, avec une progression de 680 de 2006 à 2014. 156 équipes mobiles de santé mentale et précarité ont été créées.

On ne peut malheureusement comptabiliser les équipes mobiles existantes pour les soins intensifs dans la cité et au long cours de type réhabilitation ou inclusion sociale, celles-ci n'existant pas dans les statistiques officielles. Le nombre de lits est passé de 110 000 en 1985 à 56 000 en 2017, dont 15 000 occupés par des patients toute l'année, pour lesquels on peut se demander si l'hospitalisation est adéquate. Là aussi, la fourchette va de 40 à 160 lits installés pour 100 000 habitants.

Alors que l'hôpital public a fait des efforts importants vers l'ambulatoire, la psychiatrie privée augmente son nombre de lits avec des durées de séjour bien supérieures à celle du public, ce qui reste un paradoxe pour un pays qui est parmi ceux qui ont encore le plus de lits de psychiatrie et de psychiatres en Europe, voire au monde.

Il existe aussi de multiples structures sociales et médicosociales qui peuvent accueillir des personnes en situation de handicap psychique sans que l'on puisse dire combien de places ils occupent parmi les 494 353 places disponibles tant en ambulatoire qu'en foyer, et d'aide à l'emploi (MAS, IME, Itep, Esat, Sesad, Sahsma, etc.). S'ajoutent à ces dispositifs 411 groupements d'entraide mutuelle accueillant des personnes ayant des troubles psychiques, gérés par les usagers eux-mêmes.

Malgré l'importance de ce dispositif, les délais d'attente pour une première consultation sont de 21 jours pour les adultes et de plusieurs mois pour les enfants. 40 % des personnes ayant des troubles psychotiques, 42 % névrotiques et 52 % affectifs n'ont pas eu de consultation ambulatoire un an après leur hospitalisation. Un tiers n'a pas eu de consultation avant hospitalisation. 15 % des patients n'ont pas de médecin traitant. Ceci ajouté à cela que les personnes ayant une affection longue durée pour troubles psychiques ont une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Les patients ayant un diagnostic psychiatrique ont eu moins de recours aux spécialistes, hors psychiatrie, et sont davantage hospitalisés en secteur de médecine et chirurgie (MCO) alors que certaines de ces hospitalisations étaient évitables. Ils ont davantage recours à la médecine générale que la population générale.

Au total, entre 2012 et 2021, si le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 10 %, le nombre de patients a diminué de 21 % – donc les séjours sont de fait prolongés –, cette activité s'accompagne d'une augmentation de l'ambulatoire, avec augmentation des actes, des soins à domicile, et un allongement de la file active. Mais aussi une augmentation des soins sous contrainte, contrairement à l'évolution souhaitée (tableau 1).



### L'avenir résolument dans la cité ?

Le gouvernement a mis en place depuis quatre ans une feuille de route santé mentale et psychiatrie qui doit garantir les parcours de soins coordonnés, soutenue par une offre de psychiatrie accessible diversifiée et de qualité [23]. Des financements exceptionnels ont été mobilisés, 1,4 milliard d'euros de 2018 à 2021 – 1,9 milliard d'euros de 2022 à 2026.

La crise du Covid-19 a été un accélérateur de la politique de santé mentale. Elle a donné lieu à de multiples actions, mais les projets structurants sont à venir, en particulier le financement et les autorisations en psychiatrie, le déploiement des projets territoriaux de santé mentale.

La volonté des pouvoirs publics d'accroître le virage ambulatoire se manifeste à travers les 17 équipes mobiles sur 42 projets qui ont été retenus au titre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, et les 37 équipes mobiles périnatalité enfants adolescents sur 87 projets ont été retenues au titre de l'appel à projets psychiatrie de l'enfant et l'adolescent-périnatalité en 2021.

Pourtant une vraie politique de soins ambulatoires devrait prendre en compte le fait que les dotations affectées au service de psychiatrie sont majoritairement ambulatoires tant pour le public que pour le privé. Le taux de 60 % de personnels affectés dans les secteurs publics et privés hors hospitalisation serait un minimum pour cela. Nous en sommes encore loin en ce qui concerne la psychiatrie générale. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, ce taux est largement atteint. Pourtant il a été prouvé que, plus le personnel était basé en ambulatoire, donc en prévention, et moins il y avait d'hospitalisations [28].

Faute d'avoir mis en place un système d'équipes mobiles de soins aigus et de soins au long cours et d'insertion sur l'ensemble des secteurs en France, comme cela a été effectué avec succès à l'étranger, les

politiques publiques ont été essentiellement incitatives, n'ayant pas su tirer les conclusions des expériences étrangères ou avoir diffusé celles du secteur 59G21 [13, 53].

Rendre le système résolument ambulatoire nécessite de repenser les articulations entre les dispositifs de soins en proximité. Et nécessite une répartition des médecins et personnels en fonction des besoins des populations et dans la cité. La Cour des comptes signalait qu'en l'absence d'une réponse graduée, il existait des pertes d'efficacité systémiques. Nous verrons si la prochaine réforme du financement sera résolument en faveur du redéploiement ambulatoire, comme cela est annoncé. Mais ce redéploiement ambulatoire ne peut être uniquement sanitaire, il doit prendre en compte toutes les composantes de la société, le logement, l'emploi, l'éducation, les droits, la sécurité, et utiliser les nouvelles technologies telles la télémédecine et l'e-santé. Cela est à repenser dans le cadre d'un nouvel horizon mondial prôné par l'ONU dans le cadre du développement durable. Le virage ambulatoire doit intégrer la psychiatrie et la santé mentale aux systèmes sanitaires et sociaux des villes, de plus en plus impliquées dans la santé. Les CTPS, ainsi que les conseils locaux de santé mentale, devraient jouer un rôle évident pour le développement de cette politique intégrative de proximité. Les habitants plébiscitent le soin à domicile et les circuits courts et rapides et non stigmatisants. Le virage ambulatoire impliquant les acteurs locaux de santé primaire et d'inclusion sociale répond à ces critères.

Les ingrédients pour cette nouvelle politique de proximité ambulatoire existent maintenant, ils nécessitent d'être portés fortement, politiquement, avec des mesures fortes sur la répartition des ressources médicales et professionnelles vers les territoires français démunis, et de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, politique à mener sur la durée et en interministériel. À suivre... ➔

## Les enjeux du virage ambulatoire pour l'accessibilité aux soins dans le cadre des inégalités territoriales de santé

La loi de modernisation de notre système de santé pose la question de l'organisation des soins en France et de la mise en place d'une médecine de parcours décloisonnée. L'objectif est de permettre aux Français de recevoir « *les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment* » (site du ministère des Solidarités et de la Santé). 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. Le virage ambulatoire est un des leviers pour y parvenir. Il suppose néanmoins que les conditions requises à sa mise en œuvre soient présentes, que la fluidité des parcours soit assurée et que l'environnement personnel du patient le permette. Est-ce que sont aujourd'hui remplies les conditions d'une

**Véronique Lucas-Gabrielli**  
Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
**Catherine Mangeney**  
Observatoire régional de santé d'Île-de-France



mise en œuvre partout et pour tous ? Les inégalités de dotation des territoires en équipements et services sanitaires et sociaux, les enjeux que posent la coordination d'intervenants diversifiés et les capacités différentes des individus (professionnels de santé, professionnels sociaux et médicosociaux, patients et leurs aidants) à s'intégrer dans ce processus sont à considérer.

### **Les disparités de ressources des territoires posent la question de la possibilité d'une prise en charge à domicile pour certaines populations**

Allant dans le sens d'un transfert de prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle vers le secteur hospitalier ambulatoire et la médecine de ville, une des premières conditions de mise en œuvre du virage ambulatoire est celle de la disponibilité des différents types d'offre de soins nécessaires à son déploiement (qui mériteraient par ailleurs d'être précisément définis). Cela requiert de transformer voire de supprimer une partie de l'offre hospitalière existante et de créer les offres adaptées à la prise en charge ambulatoire, ce qui semble parfois difficilement atteignable. Par exemple, l'hospitalisation à domicile (HAD), qui prend sa part dans ce vaste mouvement de transformation de l'offre de soins, n'a jamais été suffisante même si les capacités d'accueil progressent (l'HAD représente 7 % des capacités de prise en charge hospitalière complète en court et moyen séjour hors psychiatrie en France en 2020 contre 2,1 % en 2006 [5]).

Au-delà de ce premier constat sur le niveau global de dotation, la mise en œuvre du virage ambulatoire risque de se heurter aux écarts de pratiques et d'offre de soins et entre territoires. Dans un rapport de 2015, l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) a ainsi montré des écarts régionaux de taux de séjours sans nuitée qui peuvent aller jusqu'à 30 points entre régions. Les écarts de dotation sont également importants entre régions et entre types d'espaces pour la médecine de ville de premier recours et plus encore pour la médecine de second recours et l'offre hospitalière, largement concentrée dans les grands pôles urbains. Ces disparités géographiques posent directement la question de l'accessibilité à une prise en charge ambulatoire pour les patients qui sont le plus éloignés des ressources nécessaires à sa mise en place.

Pour les patients des territoires peu dotés en offre médicale de ville, l'accessibilité à la prise en charge ambulatoire peut être compliquée compte tenu des difficultés pour le patient à accéder à des soins non programmés, à des soins programmés dans un délai raisonnable, à des visites à domicile, à des temps d'échange et de dialogue suffisants lors des consultations. À cela s'ajoute la question de l'accessibilité financière à la médecine de ville. Les dépassements des tarifs opposables sont croissants du fait de l'augmentation de la part des médecins de secteur 2 habilités à pratiquer des dépassements d'honoraires (le taux de dépassement moyen, lui, baisse légèrement depuis la

mise en place de l'Option pratique tarifaire maîtrisée [Optam]). Ils peuvent constituer un frein d'accessibilité, notamment pour les plus modestes non couverts par la Complémentaire santé solidaire.

Les possibilités de développement du virage ambulatoire sont également tributaires de bonnes conditions d'accessibilité à l'offre hospitalière ambulatoire, conditions appréhendées au sens large du terme. Cela fait notamment référence aux facilités de transports et de déplacement pour s'y rendre (existence de moyens de transport adaptés à la situation de chacun et/ou de véhicules sanitaires légers [VSL] dans l'environnement du patient). Cela concerne aussi la possibilité de proposer un lieu d'hébergement temporaire aux patients et aux accompagnants, dont le domicile est éloigné de l'hôpital.

Enfin, les nouvelles pratiques médicales telle la télé-médecine (téléconsultation et téléexpertise) peuvent contribuer au développement du virage ambulatoire et à la réduction des inégalités territoriales de santé en facilitant les conditions d'accès aux diverses ressources qu'il est nécessaire de mobiliser dans la prise en charge du patient. Reste cependant à en assurer l'égal accès, dans un cadre sécurisé et de qualité, sur l'ensemble du territoire et pour toutes les populations.

### **La philosophie du virage ambulatoire centrée sur le domicile pose des défis organisationnels**

Le virage ambulatoire pose également un défi organisationnel. En effet, il suppose le passage d'un système de santé centré sur l'hôpital à un système où les médecins – et plus globalement les équipes de soins primaires constituées autour d'eux – deviennent à la fois les pivots et les coordinateurs de parcours de soins globaux mobilisant tour à tour, et autant que de besoin, structures de ville et établissements hospitaliers, médicosociaux et sociaux.

Il appelle ainsi des transformations assez profondes du système de santé français et le renforcement des pratiques pluriprofessionnelles coordonnées [30]. Si celles-ci se développent depuis plusieurs années (maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé, groupements hospitaliers de territoire entre autres) et si un décloisonnement de la ville et de l'hôpital d'une part, du sanitaire et du social et médicosocial d'autre part sont préconisés, le chemin à parcourir reste encore conséquent. En effet, peu de spécialistes libéraux sont parties prenantes des maisons de santé pluriprofessionnelles et communautés professionnelles territoriales de santé. La fluidité des parcours, de la coordination et du partage d'information entre la ville et l'hôpital se heurte encore à des pratiques et à des équipements notamment informatiques différents. La coopération entre médecins et paramédicaux achoppe sur la réticence de certains professionnels de santé ou sur le manque de cadre réglementaire et financier adéquat. Les liens avec le secteur social et médicosocial ne sont pas facilités du fait du manque de structures et du fait de modes de gouvernance diffé-

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.*

rents... Et l'ensemble de ces problématiques s'exprime de manière exacerbée là où les offres hospitalières, sanitaires, sociales et médicosociales sont les moins importantes, là aussi où les populations ont les besoins sanitaires et sociaux les plus forts.

Pour autant, le développement de protocoles de prise en charge associant médecins et paramédicaux de pratiques avancées [26], l'émergence de nouveaux métiers tels que les coordinateurs de soins, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) qui doivent se mettre en place d'ici juillet 2022, par exemple, peuvent être des éléments facilitateurs, même s'ils resteront à évaluer. Les dispositifs d'appui à la coordination visent en effet à unifier, au sein d'un même territoire, les différents dispositifs d'appui aux parcours de santé complexes (réseaux de santé, Maia, plateformes territoriales d'appui, coordinations territoriales d'appui, centres locaux d'information et de coordination...). Ils ont comme objectif de répondre aux demandes de tout professionnel de santé quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent. Ils pourraient également contribuer à réduire les difficultés de fluidité du parcours de santé des populations et notamment de celles qui ne disposent pas des capacités cognitives, financières ou sociales pour le mettre en œuvre seules.

De fait, cette nouvelle philosophie de soin davantage domo-centrée portée par le virage ambulatoire présente des vertus nombreuses, pose des défis fonctionnels, professionnels et organisationnels importants mais redéfinit également le rôle du patient et de ses proches dans le système [16]. Elle nécessite également de faire avec les moyens matériels du patient (conditions de logement, accessibilité au logement, capacité à se faire aider...). Or, les contextes de vie dans lesquels évoluent les patients sont éminemment inégaux posant la question de l'accessibilité de tous à cette prise en charge à domicile. Le virage ambulatoire porte par ailleurs un risque de fragmentation de l'organisation et de rupture de la prise en charge, car les ressources mobilisées sont démultipliées. Il ne s'agit plus uniquement d'équipes médicales et paramédicales, mais également d'intervenants sociaux, d'aides ménagères, d'associations, de proches, de voisins... Chacun a son propre mode d'action, ses propres normes, ses propres temporalités... et le défaut de l'un d'entre eux peut fragiliser l'ensemble de la prise en charge.

Enfin, le virage ambulatoire, puisque davantage centré sur la personne, permet de reconnaître la plus-value, notamment clinique, de la contribution active de l'utilisateur à la prise de décision et aux plans de soins qui le concernent. Il porte ainsi en lui également un risque d'aggravation des inégalités sociales de santé.

### **Le virage ambulatoire, porteur de risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé ?**

Les risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé que porte le virage ambulatoire [33] nécessitent ainsi que soient mis en place des leviers spécifiques, centrés sur la personne, évaluant le ressenti, la compréhension et la disponibilité du patient et de son entourage, l'accompagnant pour la gestion des périodes critiques, et proposant des dispositifs adaptés : consultation portant spécifiquement sur l'information au patient (gestion pré et post-opératoire, identification et réactions aux signes d'alerte...), mobilisation de bénévoles, appel du lendemain... Ils supposent également un renforcement du dialogue, de la littératie en santé et de l'éducation thérapeutique. Ils supposent aussi que soient évaluées la présence et la disponibilité des professionnels nécessaires à la fluidité d'un parcours de santé domo-centré d'une part, et que, d'autre part, les enjeux sanitaires soient intégrés aux politiques publiques notamment d'aménagement du territoire, de desserte et de logement.

En effet, l'éloignement des lieux de vie des plus pauvres et des plus ruraux des grands pôles urbains où sont concentrés hôpitaux de jour et spécialistes, combiné à des conditions de logements parfois dégradées et au manque de transports en commun accessibles, de véhicules sanitaires légers, et à l'absence de prise en charge du transport au titre de l'affection de longue durée (ALD)..., peuvent rendre inaccessible ce type de prise en charge pour les plus précaires ou les plus isolés. 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 moyen et du long terme ainsi que celle du « reste à charge » en particulier pour les patients dépourvus de couverture complémentaire ou dont la couverture complémentaire ne rembourse pas ces dépenses d'hébergement. 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 leur prise en charge financière pour les patients.

Ainsi, le virage ambulatoire qui s'amorce suppose à la fois des transformations assez profondes du système de santé français, dont certaines sont en cours, mais également que soient considérées les capacités des patients et de leur entourage à s'intégrer dans ce processus, d'une part pour ajuster le parcours du patient à sa situation spécifique (niveau individuel), d'autre part pour éviter que le virage ambulatoire n'accroisse les inégalités sociales de santé (niveau populationnel). ➔



La dispersion, la complexité des bases de données et la difficulté de leur exploitation ne permettent pas aujourd'hui d'évaluer réellement des parcours de soins, en particulier dans le cadre du virage ambulatoire.

**Claire Morgand**  
MD, PhD, médecin généraliste Ipsos,  
responsable du département Données  
et études en santé,  
ARS Île-de-France

# Identifier et évaluer les prises en charge ambulatoires

## Intérêts et limites des bases de données

Dans une logique d'amélioration des prises en charge, d'un meilleur accès aux soins et d'une diminution des durées de séjours, le plan ma santé 2022 a fixé des objectifs ambitieux de virage ambulatoire. En effet, il s'agit d'obtenir 70 % d'actes de chirurgie en ambulatoire et 55 % de médecine ambulatoire en 2022. Alors justement, nous y sommes, et aujourd'hui force est de constater qu'indépendamment de savoir si les objectifs ont été atteints et si la démarche peut être considérée comme un succès, les axes d'analyse tels que la description des caractéristiques des patients concernés par l'ambulatoire ou l'évaluation de l'impact de ce virage sur les prises en charge et la qualité de celles-ci ne sont pas abouties.

Indépendamment de problématiques de définition de ce qu'est la médecine ambulatoire et de problèmes de sémantique (cependant non négligeables), il convient de s'interroger sur l'évaluation d'un tel virage en termes d'accès à ces prises en charges, mais également en termes de sécurité des soins. En dehors de revues de bibliographie, nous avons évidemment envie de mobiliser les bases de données de santé afin de définir des indicateurs de suivi et d'évaluation. Et c'est là que l'étendue de la difficulté apparaît. Il suffit dans un premier temps de regarder le nombre de bases de données mobilisables, non mutualisées, non standardisées, non interopérables, de qualité très variable pour se demander par quel bout attaquer ce chantier. On pense évidemment, dans un premier temps aux bases de données médico-administratives, avec en chef de file le PMSI (système d'information de la sécurité sociale spécifique aux établissements

de santé), qui met à disposition les informations les plus exhaustives sur les données de consommation de soins hospitaliers des personnes, associées à des données médicales *a minima* ainsi qu'à des programmes proxy permettant une description sommaire des profils de patients (notamment au regard de la position sociale de ceux-ci).

### Des bases de données qui ne repèrent pas les soins ambulatoires, en particulier en médecine

Même en ayant conscience d'emblée que la médecine ambulatoire ne se limite pas à la seule prise en charge ambulatoire hospitalière, aucune autre base ne permet aujourd'hui d'approcher une description médicale des actes de ville : le Système national des données de santé (SNDS) renseigne bien les consultations et prescriptions remboursées en ville mais sans aucun motif de consultation ou diagnostic. La première étape est donc de chercher dans ces bases les séjours ambulatoires : facile, pourrions-nous penser pour la chirurgie si l'approche passe par la définition de séjour avec zéro nuit passée à l'hôpital et un acte de chirurgie ; la médecine ambulatoire apparaissant alors spontanément comme le négatif des séjours de chirurgie (ni acte chirurgical ni nuit passée à l'hôpital). Mais là encore, la frontière avec les séances, les consultations externes, les passages aux urgences sans hospitalisation, et tout cela sans possibilité de connaître les motifs de prise en charge, complexifie la requête et la description des séjours.

Le premier constat, finalement, dans ces gigantesques bases de données est qu'il n'est

nulle part possible de trouver un marqueur caractérisant le périmètre ambulatoire de la prise en charge, celui-ci n'étant pas renseigné (ni renseignable d'ailleurs aujourd'hui). Il n'y a pas partout de sanctuarisation factuelle de ces prises en charges, et l'environnement de celles-ci varie fortement d'un établissement à l'autre. Si bien que travailler à l'échelle de la seule unité médicale ne garantit pas d'identifier toutes ces prises en charge. De la même manière, avec la porosité des frontières ville-hôpital pour certains actes et le fait que beaucoup d'actes chirurgicaux deviennent de moins en moins invasifs, il n'est aujourd'hui pas possible dans ces bases de savoir si le geste a été réalisé dans un bloc opératoire ou non ; et l'ajout d'une variable binaire pointant ce passage permettrait de gagner en lisibilité.

Le HCSP dans son rapport sur le virage ambulatoire a cependant proposé une première stratégie innovante afin d'identifier de tels séjours dans le PMSI dans le but de conduire *a minima* une réflexion autour de ce que peut être le périmètre de l'ambulatoire hospitalier. Les résultats détaillés et discutés avec des soignants ont alors pu confirmer des biais de codage qui impactent de manière variable la possibilité d'exploitation de ces données. En effet, relativement aux diagnostics associés aux séjours identifiés, ne sont majoritairement remontés que les seuls diagnostics dits « significatifs », autrement dit, les seuls qui apportent un intérêt financier à l'établissement lorsqu'ils sont codés. Si bien que, par exemple, certaines comorbidités ou caractéristiques de patients (telles que l'isolement social, la vulnérabilité sociale...) ou les complications post-opératoires ne sont que peu renseignées, puisque non rémunératrices. L'étude des déterminants sociaux, par exemple, pour évaluer l'accès à ces prises en charge, ne peut aujourd'hui se faire qu'à partir de proxys peu satisfaisants, tels que des scores écologiques, donc agrégés, ou par la seule qualité de l'Assurance maladie.

Alors, tout n'est pas noir non plus ! Ces bases ont le bon goût d'exister, d'apporter des enseignements sur les consommations des Français de manière quasi exhaustive, et la qualité des données s'est nettement améliorée. Elles ont été et sont structurées pour évaluer des coûts de prises en charge et il est donc compliqué de leur demander d'être des outils de veille sanitaire ou de surveillance épidémiologique. Néanmoins, si le virage ambulatoire doit s'inscrire dans une logique de parcours de soins avec des évaluations d'amont et d'aval des prises en

charge hospitalières, il va être nécessaire de lier les parcours de soins entre la ville et l'hôpital. Alors si le SNDS a cette capacité à chaîner pour un même patient les soins dispensés en ville avec ceux dispensés à l'hôpital, il reste un angle mort sur les prises en charge de ville : le diagnostic ou *a minima* le motif de consultation. Cette remarque vaut également pour les consultations externes de l'hôpital. Si bien qu'aujourd'hui le discours ville-hôpital sur les parcours de soins à partir de ces données est quasi incantatoire, tellement le fossé entre les informations des établissements et ceux des professionnels de ville est important. Enfin, un frein à l'utilisation de ces données est l'expertise nécessaire pour les mobiliser et l'indispensable besoin du regard métier pour interpréter les extractions réalisées. Ces bases sont en effet extrêmement complexes, sensibles, et leur utilisation nécessite des accès particuliers ainsi qu'un certain niveau d'expertise.

### Des données de qualité et de sécurité des soins en ambulatoire difficilement mobilisables

J'ai introduit cette réflexion en évoquant un certain nombre de bases de données identifiées : évidemment, il était dans un premier temps logique de travailler sur des bases les plus exhaustives et représentatives possibles, mais bien d'autres données dispersées dans le paysage des nombreuses agences sanitaires permettraient de travailler à l'identification d'événements indésirables en lien avec ces prises en charge et de réfléchir à l'identification de mesures permettant de prévenir la récurrence. Là il est possible de citer les données de déclarations des infections associées aux soins, des événements indésirables graves associés aux soins, de pharmacovigilance (les données de ces déclarations se diluant entre Santé publique France, la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) ; les données de déclarations des événements indésirables associés aux soins (pas forcément graves) recensées par le dispositif d'accréditation des médecins dans un autre environnement que les déclarations citées précédemment. On pense évidemment aussi aux données de certificats de décès, lesquelles, bien que dépendantes de l'exacte certification des médecins, permettraient d'apporter des éléments sur les circonstances des décès liés aux soins. La qualité de l'ensemble de ces données étant extrêmement variable, et la qualité de la donnée mobilisée étant évidemment un des

enjeux les plus importants à une exploitation correcte, un travail de fond est nécessaire à la définition des données à utiliser et/ou à améliorer. Tout cela sans oublier les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, lesquels aujourd'hui ne s'intéressent qu'à quelques points très précis des seules prises en charge en chirurgie ambulatoire. Enfin, le regard et la place des usagers et leur ressenti sur leur prise en charge est également une entrée à ne pas négliger pour améliorer et sécuriser les prises en charge ambulatoires. Là encore des données existent mais il est difficile de les mobiliser.

Dans une logique aujourd'hui croissante d'exploitation des données de santé à visée de suivi de parcours de soins et d'évaluation de la qualité des prises en charge, il semble indispensable de porter un regard sur l'ensemble des données disponibles, de les rendre interopérables et mutualisables, et d'évaluer leur qualité. Il s'agit probablement de profiter de l'arrivée en France, dans le paysage de santé publique, de la CIM-11<sup>1</sup> pour réfléchir à un recueil plus large, incluant les pratiques en ville pour aborder cette zone d'ombre des parcours de soins. Les technologies associées à cette classification par l'OMS permettent de manière plus simple de l'interfacer avec les logiciels métiers. Enfin, dans une logique de constitution d'entrepôts de données de santé dans les établissements, il faudra réfléchir en termes de standardisation des données, de mutualisation de celles-ci, il faudra également réfléchir en termes de culture « système d'information » (SI) et tout cela dans des contrats de confiance entre producteurs, et de répartition territoriale équilibrée de ceux-ci. Il s'agira évidemment dans un second temps de prévoir de tels recueils dans les secteurs médicosociaux et en ville. ➡

1. Classification internationale des maladies. Onzième révision. La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé. <https://icd.who.int/fr>





# tribunes

## Chirurgie ambulatoire : regard sur les pratiques à l'étranger

Tous les pays, quel que soit leur système de santé, ont amorcé ou déployé, parfois depuis plus de vingt voire trente ans, un virage ambulatoire. De ce fait, leurs pratiques présentent des spécificités dont les politiques peuvent s'inspirer.

**Corinne Vons**

Chirurgienne de l'appareil digestif, APHP, hôpital Jean Verdier, Bondy, faculté de médecine Sorbonne Paris 13, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire

Le virage en chirurgie ambulatoire, amorcé en France en 2010, s'inscrit dans une évolution internationale, partagée par tous les pays, quelles que soient les différences entre leurs systèmes de santé (tableau 1). La France est membre de l'International Association for Ambulatory (IAAS) depuis sa création, en 1995, et l'Afca (Association française de chirurgie ambulatoire) rencontre régulièrement ses homologues étrangers. Connaître, partager la politique mais aussi les pratiques de nos collègues étrangers est particulièrement intéressant.

Les définitions de la chirurgie ambulatoire à l'étranger sont semblables à celles de la France. Dans cinq domaines, toutefois, certaines différences méritent d'être notées.

### Des structures de chirurgie ambulatoire indépendantes

Si des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) existent dans tous les hôpitaux, il existe, à l'étranger, des structures situées en dehors des hôpitaux qui réalisent de la chirurgie ambulatoire.

1. Les cabinets de chirurgie (*Office Based Surgery* ou chirurgie de cabinet) où sont réalisés des actes de chirurgie hors bloc opératoire (lire p. 32).

2. Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Center, ASC*) aux États-Unis, les centres médicaux spécialisés (CMS) au Canada, les *free standing centers* en Australie sont entièrement dédiés à la chirurgie ambulatoire. Aux États-Unis, depuis 2017, plus de la moitié de la chirurgie ambulatoire est pratiquée dans les ASC.

Ces centres indépendants de chirurgie ambulatoire ont montré qu'ils associaient

tableau 1

Taux d'actes de chirurgie ambulatoire déclarés par les représentants de pays membres de l'assemblée générale de l'IAAS

Pays	Taux de chirurgie ambulatoire
États-Unis	65-85 %
Australie	95 %
Danemark	60-70 %
Royaume-Uni	60-85 %
Belgique	50 %
Pays Bas	70 %
Finlande	NR
Italie	45 %
Espagne	47 %
Portugal	65 %*
Inde	15 %
France	59 %

NR : non rapporté.

\* Inclus les séjours de 23 heures (pour tous les autres pays, séjours de moins de 12 heures).

qualité et performance. Leur marché devrait encore croître de 30 % dans le monde entier.

### Une politique ferme et active de gestion des flux des patients

À date, le principal indice de performance (et de « qualité ») d'un bloc opératoire en France est le

taux d'utilisation de chaque salle d'opération. Le regard sur les pratiques à l'étranger montre qu'optimiser isolément une étape du processus de la chirurgie ambulatoire est sans intérêt voire impossible, sans un contrôle simultané de l'ensemble du cheminement du patient depuis l'arrivée jusqu'au départ : c'est ce que l'on appelle « la gestion du flux des patients ».

Tous les pays recommandent cette séparation des flux. Citons la British Ambulatory Day Surgery (BADS) : « *L'ensemble du processus de chirurgie ambulatoire doit être entrepris dans une UCA dédiée, [...] séparée et solidement protégés des patients hébergés*<sup>1</sup>. » Nous connaissons bien cet « objectif » en France, qui n'est pas toujours atteint, ni même parfois envisagé.

La gestion des flux par le biais d'une unité dédiée, avec bloc dédié, entraîne une productivité accrue et de meilleurs résultats de la chirurgie ambulatoire<sup>2</sup>. Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire américains en sont la démonstration.

### Une éligibilité moins restrictive des patients et des actes

#### Éligibilité des actes selon la durée

La durée de l'acte chirurgical reste un facteur limitant pour l'éligibilité des actes à la chirurgie ambulatoire en France. Il n'en est pas de même à l'étranger. Selon la British Ambulatory Day Surgery : « *Les actes chirurgicaux d'une durée de 3 à 4 heures sont pratiqués en routine en ambulatoire en Angleterre*<sup>3</sup>. »

#### Éligibilité des patients selon la disponibilité d'un accompagnant

La plupart des pays exigent un accompagnant pour le retour au domicile du patient uniquement après une anesthésie générale ou sédation (AG). Cette norme est établie depuis toujours, malgré le manque de preuves cliniques montrant qu'elle améliore la sécurité des patients. De nombreuses équipes à l'étranger recherchent un test pour évaluer certaines facultés des patients avant leur sortie après une anesthésie générale, et pour autoriser leur retour sans accompagnant<sup>4</sup>.

1. British Ambulatory Day Surgery. [https://www.cpsc.org.uk/sites/cpsc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack\\_Sept2020\\_final.pdf](https://www.cpsc.org.uk/sites/cpsc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf)

2. <https://daysurgeryuk.net/en/resources/journal-of-oneday-surgery/?u=/2020-journal/jods-302-may-2020/the-benefits-of-a-dedicated-day-surgery-unit/>

3. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

4. Walsh M. T. « Discharging select patients without an escort after ambulatory anesthesia : Identifying return to baseline function ». *Current Opinion in Anesthesiology*, 2021, 34, 703-8.

tableau 2

### Suivi des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients après chirurgie ambulatoire à l'étranger (pays membres de l'IAAS)

Pays	Suivi des annulations	Suivi des conversions	Suivi des réadmissions à 30 j
États-Unis	●	●	●
Australie	●	●	
Espagne	●	●	●
Pays Bas			
Inde	●	●	●
Royaume-Uni	●	●	●
Portugal	●	●	
Belgique	●	●	
Danemark	●	●	●
Italie	●	●	●
Finlande	●		
France			

Les pratiques à l'étranger montrent que la présence d'un accompagnant la première nuit n'est plus systématiquement requise. Sa pertinence a été remise en cause dans plusieurs études. Pour la *British Ambulatory Day Surgery*, la présence d'un accompagnant systématiquement la première nuit après une chirurgie ambulatoire n'est plus nécessaire<sup>5</sup>.

### Une place et des responsabilités plus importantes pour les infirmières

En Europe, l'évaluation préopératoire des patients peut être réalisée par une infirmière lors d'une consultation<sup>6,7</sup>. En Angleterre, les évaluations préanesthésiques sont toutes faites par des infirmières pour les patients sans comorbidité.

Les sorties de chirurgie ambulatoire sont validées par des infirmières formées selon un protocole établi avec les médecins, dans dix des onze pays audités (sauf la Belgique).

5. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

6. Stomberg M. W., Brattwall M., Jakobsson J. G. « Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey ». *International Journal of Surgery*, 2013, 11, 178-82.

7. Mitchell M. « Day surgery nurses' selection of patient preoperative information ». *J Clin Nurs*, 2017, 26, 225-37.

### Un suivi continu de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Dans de nombreux pays, la qualité des soins en chirurgie ambulatoire est évaluée en suivant les indicateurs de qualité internationaux (IAAS) de la chirurgie ambulatoire (tableau 2).

### Conclusions

Les concepts de chirurgie ambulatoire sont les mêmes en France et à l'étranger. Mais il existe quelques différences à l'étranger, en raison probablement d'une plus longue expérience de la chirurgie ambulatoire :

1. une politique ferme de séparation des centres de chirurgie ambulatoire des autres hôpitaux, avec des blocs plus souvent dédiés ;
2. une politique encore très active de la gestion séparée des flux des patients ;
3. des critères d'éligibilité des patients devenus moins restrictifs.

Mais aussi en raison d'une culture de l'organisation des soins différente : plus en équipe, avec un rôle plus important des infirmières, réalisant l'évaluation en préopératoire, validant les sorties, et la culture d'une évaluation continue des résultats de la chirurgie ambulatoire intégrée à la pratique. Elle est particulièrement pertinente pour la réussite en chirurgie ambulatoire. Comment ne pas s'en inspirer ? ➔



# tribunes

## Enjeux liés aux systèmes d'information

**Les outils et services mis au service du patient par le numérique viennent soutenir le déploiement du virage ambulatoire. La Société française de santé digitale soutient et accompagne leur déploiement.**

**Jean-Jacques Zambrowski**  
Président de la Société française de santé digitale

**L**a prise en charge médicale d'un patient ne peut se concevoir sans la connaissance aussi exhaustive que possible de ses antécédents. Pour bien prendre en charge un patient, en effet, il faut connaître son histoire familiale et personnelle, et notamment ses antécédents médicaux et chirurgicaux jusqu'à l'épisode qui l'amène à consulter, ainsi que les traitements en cours, prescrits... ou non. Il va de soi qu'il faut également connaître les résultats des divers examens complémentaires, biologiques, radiologiques ou autres, qui ont été pratiqués, en particulier pour l'épisode actuel.

Traditionnellement les patients étaient ainsi amenés à raconter au médecin ce que leur mémoire leur permettait de reconstituer, ainsi qu'à apporter les examens dont ils pouvaient disposer. Évidemment l'information ainsi recueillie était fragmentaire et partielle.

### **Les informations sur le patient rassemblées et accessibles aux soignants**

Aujourd'hui les systèmes d'information sont destinés à permettre de disposer en tout lieu et en tout temps de l'intégralité de l'histoire d'un patient et des examens complémentaires utiles à la parfaite compréhension de cette histoire, à la seule réserve que le patient ait autorisé le médecin à les consulter ou, dans un cas d'urgence avérée, si le patient est incapable de donner son accord à cet égard.

Ainsi l'espace numérique de santé et toute autre forme d'un dossier médical complet et accessible, sous réserve de disposer des autorisations nécessaires, constitue un progrès et un avantage évident offert aux patients. La mise à disposition effective de ce moyen

doit donc être saluée comme une avancée majeure dans la prise en charge médicale de nos concitoyens.

Au-delà de la consultation du dossier et des antécédents, certaines spécialités et de nombreuses situations cliniques requièrent la participation conjointe de plusieurs soignants. Il en est ainsi par exemple des réunions de concertation pluridisciplinaires qui font intégralement partie de la prise en charge des patients en cancérologie. Il est évident que si les professionnels d'un même service peuvent sans trop de difficultés se réunir en un même lieu et en même temps pour déterminer, pièces à l'appui, la meilleure prise en charge possible pour un patient donné, dans bien des cas l'avis d'un expert distant doit être recherché. Il peut se trouver indisponible ou éloigné. C'est dans ce cadre qu'il est dorénavant possible d'envisager des réunions de concertation pluridisciplinaires à distance voire différées dans le temps – c'est-à-dire « asynchrones », l'avis d'un spécialiste hautement qualifié mais distant venant éclairer les membres physiquement présents lors de la réunion.

On pourrait citer ici d'autres initiatives prises par les professionnels de santé eux-mêmes, comme le dossier pharmaceutique développé par les instances ordinales de pharmacie. Rappelons que le dossier pharmaceutique est un outil professionnel dématérialisé qui permet à l'ensemble des pharmaciens de consulter la liste des médicaments prescrits à un bénéficiaire de l'Assurance maladie ou délivrés sans ordonnance (sous réserve que le patient ait fourni sa carte Vitale lors de la délivrance). Il permet de consulter l'historique

des médicaments (nom du médicament, dosage et nombre de boîtes, mais pas la posologie) qui ont été prescrits ou délivrés à un patient au cours des quatre derniers mois pour les médicaments classiques, au cours des trois dernières années pour les médicaments biologiques, et au cours des vingt et une dernières années pour les vaccins. Les systèmes d'information permettent ainsi de stocker avec le maximum de sécurité possible les informations nécessaires à la meilleure prise en charge des patients.

Mais il est aussi possible de trier et de classer ces données, par exemple de suivre l'évolution d'une lésion en faisant apparaître successivement différents clichés radiologiques, échographiques, etc., afin de juger des changements de taille ou de volume décisifs pour la prise en charge. Ce qui vaut naturellement pour les antécédents médicaux d'un patient vaut également pour la prise en charge à distance que permet aujourd'hui la téléconsultation. Cet acte médical authentique permet à un médecin de consulter un patient éloigné.

#### **Les interventions à distance : consultations, surveillance**

La téléconsultation médicale a été introduite dans le dispositif réglementaire français comme un acte médical véritable, au demeurant pris en charge comme tel par l'Assurance maladie. La pandémie de Covid-19 a conduit les pouvoirs publics à admettre certaines dérogations aux règles qui présidaient à la mise en place d'une téléconsultation, notamment la nécessité de connaître antérieurement le patient et de disposer d'une connexion sécurisée. L'expérience montre que dans bien des cas ce recours médical atypique permettait une prise en charge convenable, susceptible de pallier bien des situations du quotidien.

D'autres actes médicaux ont été ajoutés par le législateur. Il s'agit notamment de la télé-expertise, dans laquelle un professionnel expérimenté conseille à distance un autre professionnel de santé moins qualifié dans le domaine considéré, ou encore du télésoin, faisant intervenir à distance des professionnels de santé non-médecins au bénéfice d'un patient. De multiples actes effectués par les auxiliaires médicaux, infirmiers ou kinésithérapeutes notamment, sont ainsi susceptibles d'être proposés et supervisés à distance lorsque le soignant et le soigné ne sont pas susceptibles de se trouver côte à côte ou face à face.

Certaines spécialités médicales l'ont bien compris, en développant parmi leurs membres

des compétences particulièrement adaptées à la téléconsultation. On peut citer ici la dermatologie, dont on sait à quel point la densité insuffisante des spécialistes sur le territoire national rend difficile l'accès de tous à une consultation dans des délais raisonnables.

La télésurveillance est une modalité de la santé digitale qui permet une vie normale, par exemple pour des patients diabétiques sévères, ou encore le maintien à domicile, dans des conditions de grande sécurité, de patients qui autrement n'auraient pu bénéficier d'un tel niveau de vigilance professionnelle que dans le cadre d'institutions ou de services spécialisés. Ainsi les systèmes d'information appliqués à la santé se révèlent un outil au service de l'ubiquité et de l'égalité des soins. À mesure que se développe l'accessibilité effective de chaque citoyen, quels que soient son type et son lieu de résidence, au réseau de communication, les multiples services que ce dernier rend possible dans le domaine de la santé complètent l'offre dont le patient peut bénéficier.

Il va de soi que les enjeux de sécurité doivent être pris en compte à tous les stades de déploiement d'une offre de télémédecine quelle qu'elle soit. Cela vaut également pour le stockage et le traitement du nombre considérable de données qu'un tel système est susceptible de recueillir et d'analyser.

D'autres enjeux majeurs sont à considérer, tels ceux liés à l'interopérabilité des systèmes et des plateformes, ou encore au modèle économique convenant à la fois au payeur, assurance maladie notamment, et aux acteurs des deux secteurs, hospitalier et libéral, des professionnels de santé concernés.

Toutes les garanties de respect de l'éthique et de la déontologie qui concernent l'identité du patient et la propriété des données de santé le concernant doivent être encadrées et respectées. La Société française de santé digitale soutient et encourage naturellement le déploiement de l'ensemble des outils et services que le numérique peut mettre au service des patients et de leur santé, mais elle met en avant avec la même détermination le respect des valeurs de l'humain.

La santé digitale s'inscrit donc parfaitement et résolument dans le cadre que définit ce numéro de la revue du Haut Conseil de la santé publique : « Le virage ambulatoire : garantir la sécurité des patients et réduire les inégalités de santé ». ➔



# Pour un virage ambulatoire respectueux des besoins des usagers

**Le virage ambulatoire peut présenter un bénéfice indéniable pour les patients. Cela sous certaines conditions que rappelle leur représentant France Assos Santé.**

« *L*e 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. »

France Assos Santé est globalement favorable à cette évolution vers plus d'ambulatoire en raison :

- des bénéfices individuels : avancées médicales (interventions complexes moins intrusives, anesthésies « moins lourdes »...), brièveté du temps passé en établissement, sécurité (diminution des risques d'infections, de dépendance iatrogène, de perte d'autonomie due à l'hospitalisation), retour rapide en milieu de vie, qualité de vie. L'ambulatoire permet de mieux composer avec les contraintes de chacun (familiales ou professionnelles) ;

- des avantages collectifs : prise en charge globale du patient (évaluation à – ou du – domicile) nécessitant une coordination des acteurs (ville-hôpital) et explicitant le parcours ; participation à l'efficacité du système de santé solidaire et protecteur pour l'ensemble des usagers et salvateur pour la santé publique.

Cependant, en ambulatoire, les inquiétudes du patient sont supérieures à celles éprouvées lors de l'hospitalisation conventionnelle, d'où la nécessité de sécuriser le retour à domicile. L'ambulatoire doit impliquer une organisation anticipée, une coordination parfaite entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, et une prise de décision partagée tout au long du parcours de santé du patient. Ainsi, avant

le début du parcours, le patient doit être informé des professionnels, des prestataires et des ressources qui pourront lui permettre un retour optimal et sécurisé dans son lieu de vie. L'information du patient doit être totale et continue. Ainsi, il faut garantir partout que la procédure à observer, en cas de problème rencontré lors du retour au domicile, a bien été explicitée au patient et à ses proches si nécessaire. Un des critères d'acceptabilité est celui de la prise en charge de la douleur à domicile.

En aval, il manque souvent aujourd'hui une organisation fiable et fixe pour le patient quels que soient son territoire et son lieu de résidence. Il doit obligatoirement pouvoir à tout moment entrer en contact en cas de difficulté avec un professionnel de santé ayant accès à son dossier (Mon espace santé), ce qui nécessitera le développement de la fonction de référent de parcours (qui existe aujourd'hui pour les parcours complexes mais qui devra être étendu à l'ambulatoire).

L'étude de l'environnement social, sanitaire et économique du patient est très importante pour pouvoir analyser son niveau de vulnérabilité (précarité, fragilité, isolement). Enfin, la faiblesse des ressources financières d'un nombre grandissant de nos concitoyens peut être un frein au virage ambulatoire dans la mesure où, à l'hôpital, ils ont la garantie d'une prise en charge financière intégrale des dépenses de soins alors qu'avec un retour rapide au domicile ils peuvent être exposés à des frais de maintien au domicile. Il ne faut pas que le virage ambulatoire induise un transfert de la charge financière et de la charge en soins vers les familles.

**Alain Laforêt**  
France Assos Santé



Le développement du virage ambulatoire est adossé aux nouveaux outils numériques (e-santé), dont la diffusion est loin d'être égale sur le territoire et selon les catégories sociales. Il faudra veiller à ce qu'ils ne génèrent pas d'inégalités supplémentaires, particulièrement en raison de la fracture numérique.

Les « déserts médicaux » peuvent priver certaines zones de professionnels de santé pour assurer le filet de sécurité de proximité indispensable à la progression du virage ambulatoire. Il faudra également veiller à ce que les centres ambulatoires ne soient pas trop éloignés du domicile du patient, d'où la nécessité qu'ils soient mis en œuvre dans des structures de proximité.

### Trois points de vigilance pour un virage ambulatoire en cohérence avec les besoins des usagers

Pour conclure rappelons que, pour que le virage ambulatoire soit bien au service des usagers, il faudra :

- faire évoluer le parcours de soins du patient vers un parcours de santé voire de vie ;
- éviter les restes à charge et les transferts de responsabilité vers les patients et les proches ;
- supprimer les inégalités territoriales d'accès à des professionnels de santé formés et disponibles dans des délais raisonnables. ➔

## Bibliographie générale

1. ATD Quart-Monde. *Le Développement de la médecine ambulatoire : un autre regard*. Rapport, mars 2017. <https://www.atd-quart-monde.fr/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-ambulatoire-Fonds-CMU-2018.pdf>
2. Baker D. P., Day R., Salas E. « Teamwork as an essential component of high-reliability organizations ». *Health Serv Res*, 2006, 41 (4 Pt 2), 1576-98. DOI : 10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x
3. Berglas N. F., Battistelli M. F., Nicholson W. K., Sobota M., Urman R. D., Roberts S. C. M. « 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, e0190975. DOI : 10.1371/journal.pone.0190975. eCollection 2018.
4. Bloch M.-A., Hénaut L. *Coordination et parcours. La Dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014.
5. Boisguérin B., Delaporte A., Vacher T. « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile ». Drees, *Études et Résultats*, septembre 2021, 1208, 1-5.
6. Bras P.-L. « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? » *Les Tribunes de la santé*, 2016/1, 50, 67-91.
7. Brennan T. A., Leape L. L., Laird N. M., Hebert L., Localio A. R., Lawthers A. G., Newhouse J. P., Weiler P. C., Hiatt H. H. « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I ». *N Engl J Med*, 1991, 324 (6), 370-6. DOI : 10.1056/NEJM199102073240604. PMID : 1987460.
8. Cabaton J., Thy M., Sciard D., De Paulis D., Beaussier M. « Unplanned admission after ambulatory anaesthesia in France: Analysis of a database of 36,584 patients ». *Anaesth Crit Care Pain Med*, 2021, 40 (1), 100794.
9. Caisse nationale Assurance maladie, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Abécédaire chirurgie ambulatoire*. Janvier 2009.
10. « Chirurgie ambulatoire en urologie. Recommandations AFU/Sfar/Afca/Anap ». *Progrès en urologie*, novembre 2013, 23 (6). <https://www.urofrance.org/pratiques-professionnelles/chirurgie-ambulatoire-en-urologie/>
11. Coldefy M., Gandre C. *Atlas de la santé mentale en France*. Édition Irdes, Ouvrage n° 7, série « Atlas », mai 2020, 160 p.
12. Conseil du Statut de la Femme, Québec. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. 2000, 57 p.
13. Cour des comptes. *Les Parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. Rapport public thématique*. La Documentation française, « Cour des comptes », 2021
14. Cour des comptes. *Sécurité sociale 2018*. Rapport, octobre 2018. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>
15. Cour des comptes. « La chirurgie ambulatoire ». In : *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Paris : La Documentation française, 2013, p. 229-252. <https://www.ccomptes.fr>
16. Couturier Y., Belzile L., (dir.). *L'Intervention de coordination. Dans les métiers du prendre soin*. Nîmes : Champ social, 2016, 172 p.
17. Dagousset I., Aubény E., Riviera-Ponge M. « La gestion au quotidien par des médecins ville de l'IVG médicamenteuse en ville ». *GénéSis*, septembre 2006, 118, 8-12.
18. Dagousset I., Fourrier E., Aubéry E., Taurelle R. « Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse ». *Gynecol Obstet Fertil*, 2004, 32 (1), 28- 33.
19. Deltour-Becq L., Delavaquerie C., d'Harcourt J., Elbaum M. *Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*. Paris : Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, 2016, 440 p.
20. Drees. « Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 ». *Études et Résultats*, septembre 2021, 1207.
21. Ducharme F., Pérodeau G., Paquet M., Legault A., Trudeau D. « Virage ambulatoire et soins familiaux à domicile ». *Canadian Journal of Public Health*, janvier 2004, 95, 64-68.
22. Faucher P., Baunot N., Madelenat P. « Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville – hôpital : étude prospective sur 433 patientes ». *Gynecol Obstet Fertil*, 2005, 33 (4), 220- 7.
23. Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018, ministère des Solidarités et de la Santé.



### Bibliographie générale (suite)

24. Forster A. J., Murff H. J., Peterson J. F., Gandhi T. K., Bates D. W. «The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital». *Ann Intern Med*, 2003, 138, 161-7.
25. Fourcade N., von Lennep F., Grémy I., Bourdillon F., (dir.). *L'État de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2017, 436 p.
26. Fournier C., Mousquès J. « Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée ». In : dossier « Soins de proximité : quelles organisations ? » *Actualité et dossier en santé publique (Adsp)*, 2019, 107.
27. Gagnon É., Guberman N., Côté D., Gilbert C., Thivierge N., Tremblay M. *Les Impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2001, 27 p.
28. Gandre C., Thillard J., Macé J.-M., Roelandt J.-L., Chevreul K. « Qualité des prises en charge et alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Étude de l'association entre la variabilité des critères illustrant la qualité des prises en charge et le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein ». *Revue française des Affaires sociales*, 2016, 2, 227-52.
29. Gupta V., Parikh R., Nguyen L., Afshari A., Shack R. B., Grotting J. C., Higdon K. K. « Is office-based surgery safe? Comparing outcomes of 183,914 aesthetic surgical procedures across different types of accredited facilities ». *Aesthetic Surgery Journal*, 2017, 37, 226-235.
30. Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F. X. « Les réformes de l'organisation des soins primaires ». *RFAS*, janvier-mars 2020, 1.
31. Hassoun D., Périn I. « L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale. L'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine-Saint-Denis ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2006, 35 (35), 483-9.
32. Haut Conseil de la santé publique. Dossier « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution ». *Adsp (Actualité et dossier en santé publique)*, mars 2021, 113.
33. Haut Conseil de la santé publique. *Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé*. HCSP, juillet 2021, 125 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
34. Haute Autorité de santé. *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins*. HAS, 2018, 57 p. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
35. Haute Autorité de santé. « Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique ». HAS, *Texte court*, juillet 2010.
36. Haute Autorité de santé. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ». 2021. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire)
37. Haute Autorité de santé. « IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés ». HAS, 2018 et 2020.
38. Haute Autorité de santé. « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse ». Mise à jour de mars 2021.
39. Haute Autorité de santé. « Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? » HAS, *Texte court*, décembre 2010.
40. Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. *La Casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raisons d'agir, 2019, 192 p.
41. Libault D. « Vers un service public territorial de l'autonomie ». Rapport du 17 mars 2022 remis à Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, et Sophie Cluzel, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des Personnes handicapées.
42. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
43. Marchand-Tonel C. « Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales ». *Revue française des affaires sociales*, 2021, 4, 55-75.
44. Michel P., Brami J., Chanelière M., Kret M., Mosnier A., Dupie I., et al. « Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey ». *PLoS One*, 2017, 12 (2), e0165455. DOI : 10.1371/journal.pone.0165455. PMID : 28196076 ; PMCID : PMC5308773.
45. Mihailescu S. D., Maréchal I., Thillard D., Gillibert A., Compère V. « Socioenvironmental criteria and postoperative complications in ambulatory surgery in a French university hospital: A prospective cross-sectional observational study ». *BMJ Open*, 2020, 10 (11), e036795.
46. Morgand C., Cabarrot P., Coniel M., Prunet C., Gloanec M., Morin S., May-Michelangeli L., Grenier C. « Impact de la pandémie Covid-19 sur les événements indésirables associés aux soins ». *Santé Publique*, 2022 (prépublication). <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-0-page-1t.htm>
47. Mougeot F., Robelet M., Rambaud C., Occelli P., Buchet-Poyau K., Touzet S., Michel P. « 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, 30 (1), 73-81.
48. Oriol J.-M., Chabloy C., Colin C. « Revue de morbi-mortalité ville-hôpital : une expérience innovante pour analyser les événements indésirables sur le parcours des patient ». *Risques & Qualité*, 2017, 2, 101-6. DOI : 10.25329/rq\_xiv\_2-6
49. Roelandt J.-L. « De la psychiatrie à la santé mentale ». In : Demeulemeester R., Henrard J.-C., Roussille B., Siwek P., (dir.). *Trente Ans d'évolutions de la santé en France. À quoi ont servi les politiques de santé ?* Berger-Levrault, 2021, 271-85.
50. Theissen A., Slim K., Deleuze A., Beaussier M. « Risk management in outpatient surgery ». *J Visc Surg*, 2019, 156 (1), S41-S9.
51. Vall R. (rapporteur). *Rapport de la mission d'information sur la lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique*. Paris : Sénat, 2020, 231 p.
52. Veyrié A. *Les Documents de liaison ville-hôpital en sortie d'hospitalisation : du compte-rendu à la lettre de liaison*. Mémoire filière directeur d'hôpital. EHESP, 2018. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/edh/Alice%20VEYRI%C3%89.pdf>
53. WHO. *Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person Centred and Rights-Based Approaches*. WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>