

# 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

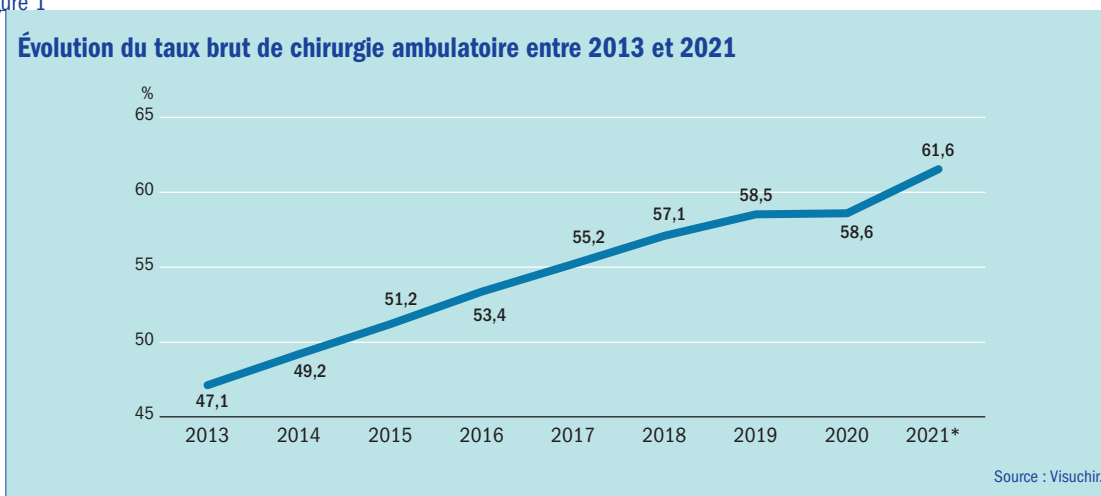
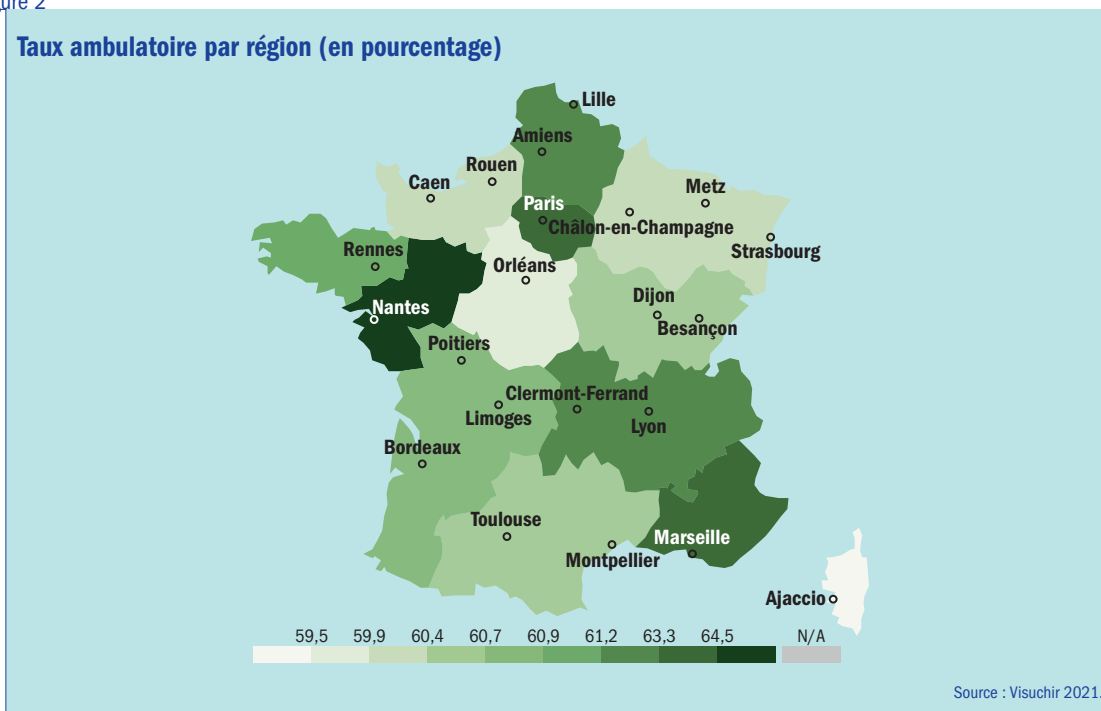


figure 2





## 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 immanquablement 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 %	20,40 %
		Douleur non classée ailleurs	8 677	4,80 %	
		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

de 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 efficace 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

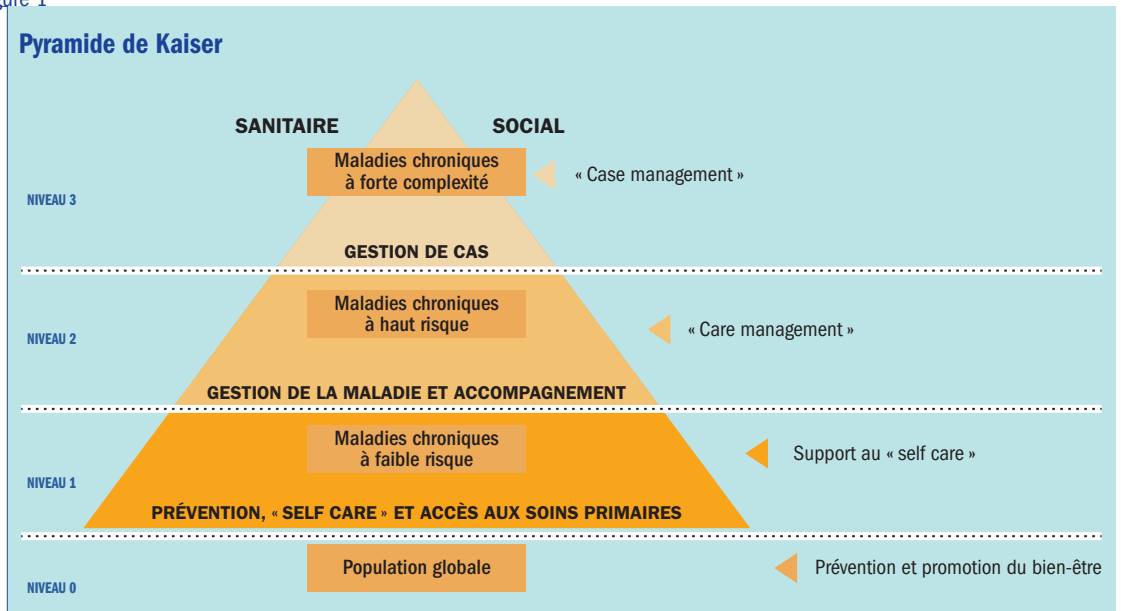
1. En appui de la stratégie de transformation du système de santé ma santé 2022, le programme e-parcours organise la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination aux professionnels. Deux types d'organisation coordonnée sont soutenus dans le cadre du programme, avec l'objectif 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.

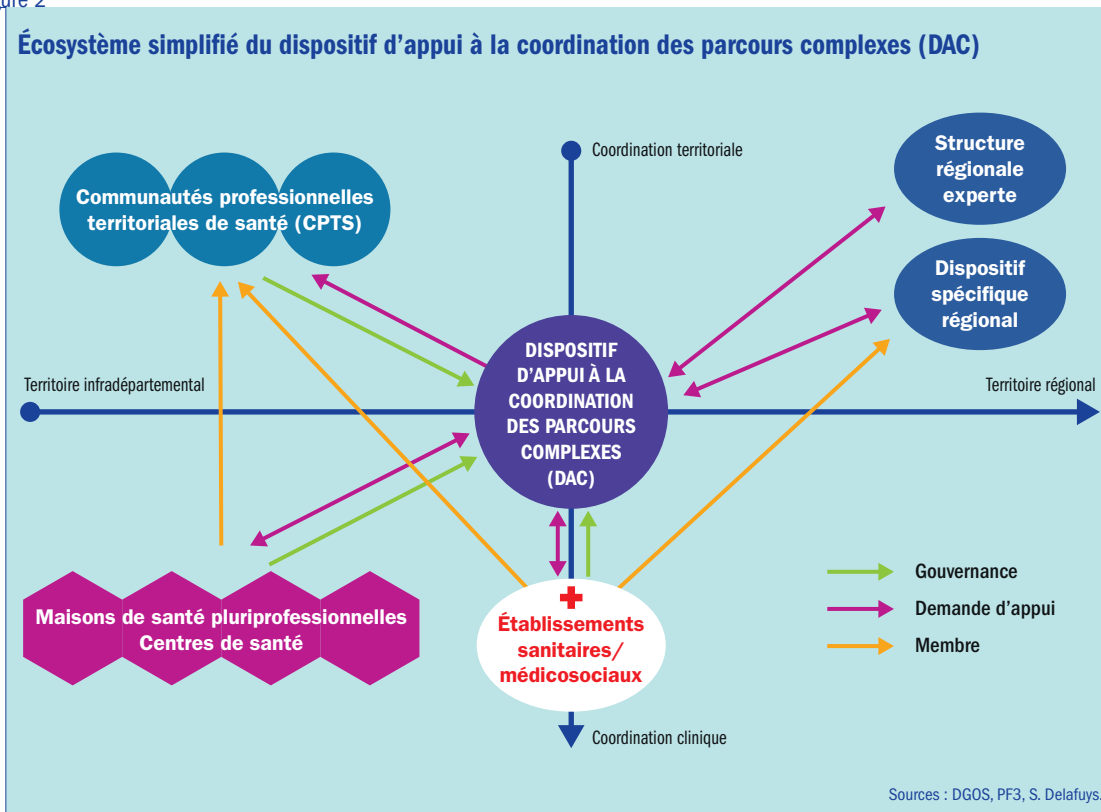
### Les enjeux à venir pour renforcer le virage ambulatoire et la structuration des territoires

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