

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	%	
EIAS							
	9172	100	349	4	8823	96	
Sexe							p : 0,8186
Féminin	4260	46	160	46	4100	46	Chi²
Masculin	4912	54	189	54	4723	54	
Âge en années							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	
IMC							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	
Complexité de la situation clinique du patient							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	
Évitabilité							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	
Réhospitalisation ***							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	%	
EIAS	27757	100	9172	33	18585	66	
Cause immédiate							p < 0,0001
Clinique	3714	13	1017	11	2697	15	Chi ²
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	
Conséquence de l'EIAS							p < 0,0001
Autres	362	1	105	1	257	1	Chi ²
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	
Gravité							p < 0,0001
Grave	2787	10	349	4	2438	13	Chi ²
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 Chi² 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	%	
Degré d'urgence							p < 0,0001
Ne sait pas	221	1	79	1	142	1	Chi ²
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	
Évitabilité							p < 0,0001
Évitable	23 827	86	8 019	87	15 808	85	Chi ²
Inévitable	3 295	12	942	10	2 353	13	
Ne sait pas	635	2	211	3	424	2	
Sexe							p : 0,0247
Féminin	13 158	47	4 260	46	8 898	48	Chi ²
Masculin	14 599	53	4 912	54	9 687	52	
Âge en années							p < 0,0001
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 ²
60 - 75	9 222	33	2 580	28	6 642	36	
> 75	5 372	20	926	10	4 446	24	
IMC							p < 0,0001
< 20	2 474	9	909	10	1 565	8	Chi ²
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	
Complexité de la situation clinique du patient							p < 0,0001
Ne sait pas	98	0	35	0	63	0	Chi ²
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 % subiraient 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 2016¹ 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'examens 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^{er} 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)²;
- 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



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 Visuchir¹), 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 2020², 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 cabinet³. 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

Longtemps 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* caché¹, 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

En 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