



pas toujours transmettre ces informations, pourtant cruciales pour sa sécurité. Ce défaut d'information, notamment sur les traitements médicamenteux à la sortie et sur les motifs des modifications effectuées par les hospitaliers, contribue au risque de rupture et d'erreurs médicamenteuses. Cela est d'autant plus préjudiciable que le patient est en situation de vulnérabilité, le pharmacien d'officine étant la personne-ressource principale de ces patients. « *La pharmacie est devenue l'interlocuteur de santé dans les zones défavorisées, le lieu ouvert, le conseil gratuit. Le pharmacien est souvent cité comme un référent santé, celui à qui on parle en premier de ses problèmes de santé* » [33].

### Conclusion

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

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

## La chirurgie en cabinet

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

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

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

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

Dès les années 2000, il est apparu que la chirurgie ambulatoire apportait une meilleure qualité des soins chirurgicaux que la chirurgie traditionnelle, mais que l'on observait une dégradation significative en matière de qualité des soins sur tous les indicateurs qualité (y compris la mortalité) lors d'une prise en charge en chirurgie de cabinet. Il y avait approximativement dix fois plus de risques d'événements défavorables et de décès en chirurgie de cabinet comparativement à la chirurgie ambulatoire, même si depuis des études ont un peu nuancé ce chiffre. En effet, l'analyse d'une

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

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

En résumé, la revue des publications depuis vingt ans ne permet pas de définir précisément s'il existe un sur-risque ni d'analyser le bénéfice/risque de la chirurgie de cabinet par rapport à la chirurgie ambulatoire. Néanmoins les biais de comparaison sont nombreux : actes chirurgicaux « plus simples », sélection des patients, niveaux d'environnement non standardisés. En revanche il semble se dégager une volonté partagée des acteurs d'encadrer cette pratique, sous forme de réglementations et/ou d'accréditation.

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

Cette question peut être rediscutée à la suite d'un avis du Conseil d'État et à un décret sur les IVG instrumentales. L'avis du Conseil d'État n° 423313, dans sa décision du 22 juillet 2020<sup>2</sup>, confirme que « sont soumis à autorisation les actes chirurgicaux qui [...] nécessitent une anesthésie [...] ou le recours à un secteur opératoire [...] prévoyant notamment une zone opératoire protégée propre à garantir la réduction maximale des risques de nature infectieuse », tout en indiquant que « ces actes peuvent être pratiqués dans le cadre d'une activité alternative à l'hospitalisation, au sein de structures qui ne sont pas nécessairement des établissements de santé, à la condition toutefois que cette activité ait été autorisée par l'ARS et satisfasse aux conditions précisées notamment par les articles D. 6124-301-3 et suivants du CSP ». Le Conseil d'État décide donc dans son article 1 que « l'intervention de l'association de chirurgie en soins externes est admise ». La chirurgie de la cataracte représente 875 000 actes en chirurgie ambulatoire sur Vicuchir. La publication du décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales (70 000 actes en chirurgie ambulatoire sur Visuchir) sous anesthésie locale en centre de santé, donc en cabinet<sup>3</sup>. Ensuite, il existe déjà des actes, comme l'implantologie dentaire, pratiqués en cabinet, alors que ces actes effectués sous anesthésie locale ne sont pas dénués d'un risque infectieux ou hémorragique.

Il en résulte donc que l'activité de chirurgie pourrait potentiellement se pratiquer en dehors d'un établis-

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

Cette question sécuritaire avait amené la Haute Autorité de santé à s'interroger en 2010 sur la question d'imposer ou non la réalisation de certains actes au bloc opératoire et, en corollaire, de permettre leur exécution en dehors des établissements de santé. Dans son rapport de décembre 2010, la Haute Autorité de santé a proposé de faire évoluer les niveaux d'environnement [39]. Il y avait historiquement deux niveaux en France : « d'une part le cabinet médical non défini réglementairement et dont l'équipement est variable selon les spécialités, et d'autre part les établissements de santé, définis sur le plan fonctionnel réglementairement ». La Haute Autorité de santé proposait trois niveaux d'environnement (aménagement des locaux, équipement et personnel), dans le cadre d'une démarche de maîtrise des risques et de garantie de la qualité des soins.

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

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

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

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

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

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



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

la santé publique sur le virage ambulatoire l'a rappelé [33] : « *En cas de crise sanitaire amenant une déprogrammation des interventions chirurgicales, privilégier et sanctuariser impérativement la chirurgie ambulatoire, compte tenu de ses bénéfices et de la possibilité d'interventions chirurgicales sans mobilisation de moyens anesthésiques autres que les topiques et anesthésies locales.* » Et finalement, à l'instar de la réhabilitation améliorée après la chirurgie, le développement de ce type de pratique permettrait de fluidifier globalement la filière chirurgicale et de développer des techniques moins invasives et moins complexes pour le patient. ➔

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

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

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

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

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

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

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

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

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