



Identifier et évaluer les prises en charge ambulatoires

Intérêts et limites des bases de données

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans une logique aujourd'hui croissante d'exploitation des données de santé à visée de suivi de parcours de soins et d'évaluation de la qualité des prises en charge, il semble indispensable de porter un regard sur l'ensemble des données disponibles, de les rendre interopérables et mutualisables, et d'évaluer leur qualité. Il s'agit probablement de profiter de l'arrivée en France, dans le paysage de santé publique, de la CIM-11¹ pour réfléchir à un recueil plus large, incluant les pratiques en ville pour aborder cette zone d'ombre des parcours de soins. Les technologies associées à cette classification par l'OMS permettent de manière plus simple de l'interfacer avec les logiciels métiers. Enfin, dans une logique de constitution d'entrepôts de données de santé dans les établissements, il faudra réfléchir en termes de standardisation des données, de mutualisation de celles-ci, il faudra également réfléchir en termes de culture « système d'information » (SI) et tout cela dans des contrats de confiance entre producteurs, et de répartition territoriale équilibrée de ceux-ci. Il s'agira évidemment dans un second temps de prévoir de tels recueils dans les secteurs médicosociaux et en ville. ➡

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



tribunes

Chirurgie ambulatoire : regard sur les pratiques à l'étranger

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

Corinne Vons

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

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

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

Des structures de chirurgie ambulatoire indépendantes

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

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

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

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

tableau 1

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

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

NR : non rapporté.

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

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

Une politique ferme et active de gestion des flux des patients

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

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

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

La gestion des flux par le biais d'une unité dédiée, avec bloc dédié, entraîne une productivité accrue et de meilleurs résultats de la chirurgie ambulatoire². Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire américains en sont la démonstration.

Une éligibilité moins restrictive des patients et des actes

Éligibilité des actes selon la durée

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

Éligibilité des patients selon la disponibilité d'un accompagnant

La plupart des pays exigent un accompagnant pour le retour au domicile du patient uniquement après une anesthésie générale ou sédation (AG). Cette norme est établie depuis toujours, malgré le manque de preuves cliniques montrant qu'elle améliore la sécurité des patients. De nombreuses équipes à l'étranger recherchent un test pour évaluer certaines facultés des patients avant leur sortie après une anesthésie générale, et pour autoriser leur retour sans accompagnant⁴.

1. British Ambulatory Day Surgery. https://www.cpsc.org.uk/sites/cpsc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf

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

3. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

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

tableau 2

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

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

Les pratiques à l'étranger montrent que la présence d'un accompagnant la première nuit n'est plus systématiquement requise. Sa pertinence a été remise en cause dans plusieurs études. Pour la *British Ambulatory Day Surgery*, la présence d'un accompagnant systématiquement la première nuit après une chirurgie ambulatoire n'est plus nécessaire⁵.

Une place et des responsabilités plus importantes pour les infirmières

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

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

5. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

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

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

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

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

Conclusions

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

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

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



tribunes

Enjeux liés aux systèmes d'information

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

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

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

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

Les informations sur le patient rassemblées et accessibles aux soignants

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

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

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

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

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

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

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

Les interventions à distance : consultations, surveillance

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Pour un virage ambulatoire respectueux des besoins des usagers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alain Laforêt
France Assos Santé

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

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

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

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

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

Bibliographie générale

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