

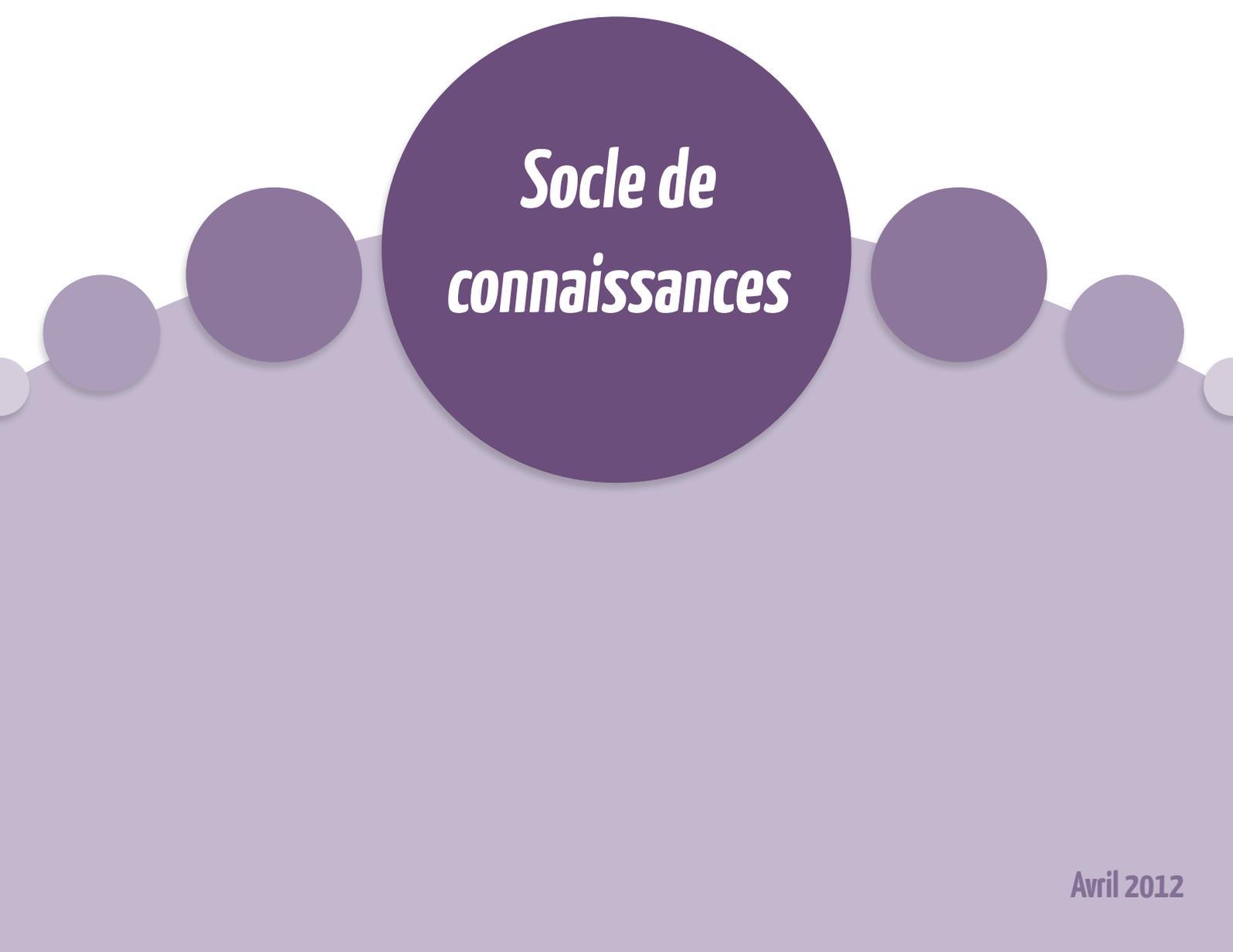
HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”



**Socle de
connaissances**

Avril 2012

Une synthèse de ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

Pour la Haute Autorité de Santé, ce document est indexé en tant que rapport d'évaluation technologique.

Préambule

La chirurgie ambulatoire vue par l'ANAP et la HAS

Huit opérations chirurgicales sur dix pourraient être effectuées en chirurgie ambulatoire, prise en charge innovante permettant au patient de ne rester hospitalisé que le strict temps nécessaire et de retourner chez lui le jour même de son intervention. En France, moins de quatre sur dix le sont effectivement, alors que les autres pays développés affichent des résultats bien plus élevés : environ huit sur dix aux États-Unis et en Grande-Bretagne, sept sur dix en Norvège et en Suède. Un différentiel impressionnant : plus de 2 millions d'opérations chirurgicales françaises – réalisées aujourd'hui en hospitalisation traditionnelle avec nuits d'hospitalisation – pourraient être transférées en chirurgie ambulatoire.

Si la France est dotée d'un système de santé solidaire, dont la qualité reste enviée par de nombreux pays, elle se place dans la prise en charge ambulatoire au dernier rang des pays de l'OCDE. Malgré le consensus obtenu depuis un certain temps sur la nécessité de mettre le patient au cœur du système de santé et donc de favoriser l'organisation ambulatoire, cette prise en charge innovante est sous-développée en France ! Pourtant elle améliore la qualité des soins en obligeant à tout organiser autour du patient et dans son intérêt : brancardiers, infirmiers, chirurgiens, anesthésistes, personnels administratifs doivent se coordonner et établir une prise en charge sans temps mort ni rupture. La continuité des soins demeure comme au cours d'un séjour hospitalier une exigence incontournable.

Les médecins, anesthésistes et chirurgiens, ont pourtant progressé et progressent chaque jour davantage dans la maîtrise des risques. Ils raccourcissent les suites opératoires et rendent les patients autonomes plus précocement en prévenant et traitant mieux les douleurs, saignements, nausées, problèmes urinaires, etc., qui contraignaient à garder le patient un ou plusieurs jours de plus à l'hôpital.

La prise en charge en ambulatoire intéresse en premier lieu des interventions chirurgicales classiques et fréquentes, comme la chirurgie de la cataracte, de la hernie, des varices, des affections de la main. De très nombreuses équipes médicales étrangères, mais aussi quelques équipes françaises, ont étendu leurs indications et prennent en charge des interventions de plus en plus lourdes (chirurgie de l'épaule, de la thyroïde, de la vésicule biliaire, du reflux gastro-œsophagien, de l'obésité), mais aussi des patients plus lourds. Ceci nous fait mieux comprendre les volumes d'actes réalisés en ambulatoire dans les autres pays. Certains établissements ont même fait le choix de supprimer les services avec des lits dédiés pour opérer la totalité de leurs patients en ambulatoire.

La question se pose donc de la nécessité et de la pertinence de l'hébergement. À la réflexion sur la pertinence du soin doit maintenant s'associer celle sur la pertinence d'un hébergement qui peut s'appuyer également sur une réflexion bénéfice-risque. La distinction entre la délivrance du soin et le besoin d'hébergement devrait inciter les établissements de santé à se penser désormais avant tout comme des plateaux techniques dont le coût rend indispensable une réflexion sur la performance du système.

Le retard de la France dans le développement de la chirurgie ambulatoire oblige à s'interroger sur l'importance des freins ou des difficultés. La problématique ne se limite d'ailleurs pas aux seuls exercices médicaux et pratiques professionnelles. La coordination des différents acteurs au sein de l'établissement devient décisive dans un processus dont on veut écarter les aléas, les temps morts, les retards et augmenter la fiabilité.

C'est sans doute l'intrication des deux dimensions, médicale et organisationnelle, qui est à l'origine des incompréhensions, des réticences et des difficultés du développement de la chirurgie ambulatoire. C'est pourquoi la HAS et l'ANAP ont voulu associer leurs compétences pour aborder ces deux dimensions et appréhender la chirurgie ambulatoire comme un modèle organisationnel avec ses conditions médicales et ses implications économiques.

Pour autant, cette approche intervient alors que notre système de santé a été et est toujours profondément structuré par l'hébergement des patients qui, historiquement, a précédé les progrès de la médecine et de l'efficacité thérapeutique. Cette donnée est prégnante, tant au travers de l'immobilier et des territoires médicaux ou administratifs (lits et services), que de l'analyse de l'activité par la durée de séjour, et son corollaire la tarification.

En fait, pour les établissements, cette organisation ambulatoire impose une révolution culturelle. Avec le développement de la chirurgie ambulatoire se dessine l'organisation des hôpitaux et des cliniques de demain, « hors des murs » : ce sont ainsi quelques 48 000 lits de chirurgie qui seront progressivement à reconverter.

La chirurgie ambulatoire permet de rendre les établissements plus performants et ainsi de dégager des marges de manœuvre organisationnelles et financières tout en faisant du patient le pivot de ce nouveau système.

Face au déficit de l'Assurance maladie, il y a l'impérieuse nécessité de continuer de prendre en charge les patients chroniques qui augmentent chaque année – près de 12 millions de personnes en France souffrent d'une pathologie chronique de type diabète, cancer ou affection cardio-vasculaire –, de financer le progrès et la recherche (chirurgie robotique ou mini-invasive, chirurgie endovasculaire, télémédecine, biothérapies, etc.) et d'améliorer encore la qualité des soins. Il est donc indispensable de dégager les marges de manœuvre que permettent le développement de la chirurgie ambulatoire.

Il convient donc de favoriser simultanément l'amélioration des pratiques et le changement d'organisation, voire de culture, qui n'ont pas nécessairement les mêmes horizons temporels. Ce travail concerne tout autant les professionnels de santé que les gestionnaires d'établissement et les responsables de l'offre de soins en région.

La Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, impliquant les sociétés savantes et partenaires institutionnels, vont apporter les outils qui doivent guider les opérateurs dans cette révolution : socle de connaissances, critères de qualité d'évaluation clinique préopératoire et de gestion de la sortie, indicateurs de mesure de la qualité des soins et de l'efficacité de l'organisation des soins, outils de maîtrise des risques liés aux soins.

Le présent document, socle de connaissances sur la chirurgie ambulatoire, constitue le premier livrable de ce programme d'actions communes HAS-ANAP.

Dès la fin de l'année 2012, la HAS et l'ANAP vont aussi produire des recommandations professionnelles et organisationnelles fondées sur des travaux analytiques que les deux institutions conduisent actuellement. Ensemble, elles veulent, avec les acteurs du système de soins, permettre à la France de relever les défis qui l'attendent en matière de santé.



Jean-Luc HAROUSSEAU
Président du Collège



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Philippe RITTER
Président du Conseil d'administration



ANAP
appui santé & médico-social

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
1. DÉFINITIONS	12
1.2 Définition française	13
1.2.1 Conférence de consensus	13
1.2.2 Définition réglementaire	13
2. RÉGLEMENTATION DU FONCTIONNEMENT	15
2.1 Une des missions des établissements de santé	15
2.2 Une activité soumise à autorisation	15
2.3 Une soumission aux critères de sécurité et de qualité de tout établissement de santé	16
2.4 Description des conditions techniques de fonctionnement	16
2.4.1 Organisation spécifique	16
2.4.2 Locaux et matériel	16
2.4.3 Zone opératoire	16
2.4.4 Personnel	17
2.4.5 Obligation de continuité des soins	17
2.4.6 Règlement intérieur	18
2.5 Responsabilité médico-légale	18
3. CONSTAT DU RETARD FRANÇAIS	19
3.1 Comparaison internationale	19
3.1.1 États-Unis	19
3.1.2 Situation relative des pays européens	20
3.1.3 Analyse des facteurs explicatifs	21
3.2 Données françaises	23
3.2.1 Constat en 1995	23
3.2.2 Évaluation du potentiel de développement au début des années deux mille	23
3.2.3 Évolution observée entre 2000 à 2010	26
4. DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT	33
4.1 Locaux et équipement	33
4.1.1 Types de structures	33
4.1.2 Modèles architecturaux	33
4.1.3 Bloc opératoire	34
4.1.4 Types de flux	34
4.2 Équipe de l'UCA	35
5. BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT	37
5.1 Chemin clinique	37
5.2 Détermination des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire	37
5.2.1 Un des facteurs clés de succès : la sélection des patients	37
5.2.2 Critères de sélection médicaux et chirurgicaux	38
5.2.3 Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux	38
5.3 Choix du type d'anesthésie et acte chirurgical	39
5.4 Anticipation des complications possibles	39
5.4.1 Gestion des douleurs postopératoires	39
5.4.2 Prévention des nausées et vomissements postopératoires	39
5.4.3 Prévention thrombo-embolique	39

5.5	Aspects logistiques	40
5.5.1	Information du patient et consultation pré-anesthésique.....	40
5.5.2	Appel dans les jours précédents l'intervention et du lendemain	40
5.5.3	Programmation, vérification des dossiers et admission.....	41
5.5.4	Continuité des soins	41
5.5.5	Qualité	42
6.	PLANIFICATION ET CONCEPTION D'UNE UCA.....	43
6.1	Phase de planification	43
6.2	Phase de conception	43
7.	ÉVALUATION DES BÉNÉFICES ET DES RISQUES	44
7.1	Risques médicaux	44
7.1.1	Mortalité et morbidité majeures	44
7.1.2	Infections associées aux soins	48
7.1.3	Symptômes postopératoires indésirables	50
7.1.4	Conduite automobile après une intervention en ambulatoire.....	58
7.1.5	Particularités de la prise en charge pédiatrique	59
7.1.6	Particularités de la prise en charge des sujets âgées.....	60
7.2	Indicateurs cliniques de qualité.....	61
7.2.1	Taux de retour non programmé au bloc opératoire le jour de l'intervention.....	61
7.2.2	Séjour postopératoire prolongé sans admission la nuit suivant l'intervention.....	61
7.2.3	Admission non programmée la nuit suivant l'intervention	62
7.2.4	Retour à l'hôpital et/ou réadmission non programmée en hospitalisation classique.....	64
7.3	Critères sociaux et environnementaux	69
7.3.1	Satisfaction des patients	69
7.3.2	Récupération fonctionnelle des patients.....	72
7.3.3	Satisfaction des professionnels de santé hospitaliers	73
7.3.4	Soins de ville	73
7.4	Évaluation des bénéfices et des risques de la chirurgie ambulatoire comparativement à l'hospitalisation classique pour deux actes opératoires	74
7.4.1	Focus 1 : Comparaison de la prise en charge de la cataracte liée à l'âge en ambulatoire et en hospitalisation classique	74
7.4.2	Focus 2 : Comparaison de la prise en charge de la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire et en hospitalisation classique	76
8.	INTÉRÊT ÉCONOMIQUE.....	77
8.1	Données de la littérature internationale.....	77
8.2	Étude française du coût pour l'assurance maladie.....	78
8.3	Coût pour les patients.....	83
9.	INCITATIONS MISES EN PLACE EN FRANCE	84
9.1	Première vague d'incitations (1999-2003)	84
9.2	Deuxième vague d'incitations (2004-2011).....	84
9.2.1	Incitations tarifaires	84
9.2.2	Autres mesures incitatives	96
9.3	Impact des incitations au niveau des établissements hospitaliers.....	97

.....

CONCLUSION.....	98
PERSPECTIVES.....	100
MÉTHODE D'ÉVALUATION.....	101
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES.....	102
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	104
ANNEXE 1. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	115
SITES INTERNET.....	123
ANNEXE 2. TEXTES RÉGLEMENTAIRES.....	129
ANNEXE 3. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES.....	134
ANNEXE 4. PARTICIPANTS.....	139
ANNEXE 5. FICHE DESCRIPTIVE.....	140

INTRODUCTION



Née il y a plus d'un siècle en Écosse (1), la chirurgie ambulatoire a connu depuis un développement considérable aux États-Unis. Dans les années soixante, deux programmes officiels avaient été mis en place dans les centres hospitaliers de Californie et de Washington (2). Cette alternative à l'hospitalisation complète connaît ensuite un essor rapide avec l'ouverture de plusieurs centres dans tout le pays. La chirurgie ambulatoire a également connu un développement au Canada et dans plusieurs pays européens dont la Grande-Bretagne, pionnier européen, à partir des années 1970, pour connaître une croissance rapide à partir de 1980 (2).

Objectifs et enjeux

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la HAS afin de produire des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. De façon concomitante, l'ANAP a inscrit, en décembre 2009 dans son programme de travail 2010, la thématique chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010-2012¹.

Le partenariat HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour les deux institutions. Cette collaboration vient potentialiser et mutualiser leurs compétences respectives afin d'accompagner au plus près les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements et les régulateurs (ARS) dans le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Le socle de connaissances constitue le premier livrable du programme d'actions communes HAS-ANAP.

Origine et historique de la demande

Initialement présentée comme une saisine « pertinence des actes et des séjours » par la DGOS pour le programme de travail 2010 de la HAS, le cabinet de la ministre de la Santé avait proposé de la scinder en une thématique globale « chirurgie ambulatoire » et une thématique « pertinence des actes » qui relevait pour la DGOS d'une analyse d'actes médicalement « injustifiés ».

Dans le même temps, trois réunions co-organisées par la HAS et l'ANAP, en partenariat avec l'AFCA (décembre 2009, octobre et novembre 2010), avaient pour but de sensibiliser les différents partenaires institutionnels à la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire.

L'expression des besoins a été reformulée fin 2010, conjointement par la HAS et l'ANAP, pour le programme de travail 2011, en proposant un partenariat des deux institutions avec pour objectif de livrer un certain nombre d'outils et de recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et professionnelles sous un double label.

Les travaux HAS-ANAP visent à accompagner trois acteurs clés : les professionnels de santé, les gestionnaires des établissements de santé et les régulateurs (ARS). Des actions et/ou informations spécifiques des patients et des usagers sont également envisagées.

Collaboration HAS-ANAP

Le partenariat HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour le programme de travail des deux institutions, et s'inscrit dans la continuité et le renforcement de la collaboration HAS-ANAP établie depuis 2009. Les cœurs de métiers de chaque institution sont complémentaires et comprennent : pour la HAS, la production d'analyses et de synthèses approfondies de données de la littérature afin de mettre en lumière les données d'évidence, de référentiels de recommandations professionnelles, d'indicateurs, de référentiels de certification ; pour l'ANAP,

1. Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010.

l'analyse des processus sur site, l'accompagnement des établissements de santé, la production d'outils et de recommandations. L'objectif est donc la potentialisation et la valorisation des productions conjointes ou en partenariat.

Afin de coordonner et de structurer l'élaboration des outils adaptés aux besoins des professionnels, des établissements de santé et des ARS, les deux institutions ont défini un programme d'actions communes et une gouvernance conjointe des travaux, constituée :

- d'un comité de pilotage (COPIL), composé de représentants du Collège de la HAS et du Conseil Scientifique d'Orientation de l'ANAP et de représentants des directions afin d'assurer le pilotage stratégique ;
- d'un comité opérationnel (COMOP), composé des « directeurs métiers » et représentants des services, afin d'assurer la mise en œuvre et la cohérence des orientations stratégiques et la production des livrables.

Programme d'actions communes HAS-ANAP

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis avec une planification pluriannuelle (2012-2015). Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement. Ils sont présentés ci-après :

Axe 1 : Socle de connaissances

La réalisation d'un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales est une étape préalable indispensable. Il existe en effet une documentation importante sur les modalités de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire.

Cette synthèse des données a pour objectifs, d'une part, de mettre à disposition des différents acteurs, professionnels de santé notamment, un outil pédagogique « socle de connaissances » et, d'autre part, de servir de base d'informations sur laquelle se fondera l'ensemble des travaux HAS-ANAP.

Axe 2 : Critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et psychosociaux. Il s'agit d'une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

Cette approche, déconnectée de l'acte, permettra de distinguer le besoin de soins du besoin d'hébergement (« hôtellerie »).

Axe 3 : Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.

Plusieurs travaux vont permettre d'explorer le champ organisationnel en associant plusieurs démarches :

- analytique ;
 - analyse du risque organisationnel sur la base de méthodes éprouvées à partir d'un échantillon de 5 établissements de santé,
 - benchmarking ciblé sur 15 établissements pionniers en chirurgie ambulatoire,
- d'accompagnement ;
 - accompagnement opérationnel de 20 établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de 3 ou 4 ARS pilotes ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire,
- de production ;
 - avec pour but de mettre à disposition des produits (outils, guides, recommandations, etc.) aboutissant à des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des check-lists adaptés.

Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques

La réalisation en séquence de différents travaux est prévue. L'ensemble des acteurs a exprimé le besoin de disposer d'un outil permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Deux approches complémentaires vont être développées :

- une analyse par comptabilité analytique aboutissant à la construction d'un modèle dynamique et reproductible (outil logiciel) qui a pour objet d'objectiver les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire, en analysant notamment l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire. Cet outil, conçu sur un premier échantillon de 5 établissements de santé de différents statuts juridiques, sera utilisé dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP « Accompagnement de 20 établissements de santé », afin d'y apporter d'éventuels ajustements. L'outil ainsi élaboré fera l'objet d'un déploiement auprès des ARS et/ou d'établissements volontaires ;
- une analyse par technique de *micro-costing* réalisée à partir de l'observation du chemin clinique des patients. Elle permettra de calculer un coût par séjour et ses variations en fonction de l'éventail des cas (case-mix) de l'établissement, et des volumes de production. La méthode utilisée sera reproductible et aboutira à la production d'un second outil complémentaire au premier. Elle sera ensuite déployée dans les établissements volontaires.

Une analyse de la littérature internationale des modèles tarifaires existants à l'étranger sera également réalisée, ainsi que l'étude de leur impact. L'objectif étant de proposer des recommandations pour l'évolution tarifaire à destination de la DGOS.

Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation

Les travaux déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP seront mis à profit pour développer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

Axe 6 : Certification / accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq prochaines années, avec la perspective d'une « certification des équipes » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

Ces six axes ont vocation à être intégrés dans une démarche cohérente globale, permettant d'appréhender l'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire soulevé dans le cadre du socle de connaissances (axe 1). Les travaux menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (axe 2) et les résultats des études d'exploration du champ organisationnel (axe 3) contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (axe 5). Les recommandations à vocation économique (axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer leurs résultats. Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement de manière à assurer une cohérence globale des recommandations, pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (axe 6).



Objectif du présent rapport

L'objet du présent rapport est de fournir un socle de connaissances (axe 1) en présentant un état des lieux des données publiées. L'établissement de ce socle de connaissances sur la chirurgie ambulatoire comprend :

- les définitions de la chirurgie ambulatoire ;
- la réglementation du fonctionnement ;
- le constat du retard français ;
- la description de l'environnement ;
- les bonnes pratiques professionnelles et les modalités de fonctionnement ;
- la planification et la conception d'une UCA ;
- l'évaluation des bénéfices et des risques ;
- l'intérêt économique ;
- les incitations mises en place en France.

1. DÉFINITIONS

La terminologie internationale de *day surgery* a été retenue par l'IAAS, et les synonymes de *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été reconnus.

La notion de *day* s'entend comme un *working day* au sens de la durée du travail (jour ouvrable), avec *no overnight stay*, sans nuit d'hébergement (cf. Tableau 1) (3, 4).

La chirurgie ambulatoire se différencie donc très clairement des chirurgies dites :

- *extended recovery* également appelées *23 hours*, *overnight stay*, *single night*, soit de « 23 heures », ou « séjour d'une nuit » ;
- *short stay*, soit chirurgie avec une hospitalisation de 24 à 72 heures.

La définition internationale de la chirurgie ambulatoire a été adoptée par le Comité exécutif de l'IAAS en 2003 (3), puis été confirmée dans le *Policy Brief* publié par l'OMS, la *Pan*

American Health Organisation et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2007 (5) :

« *A surgical day case is a patient who is admitted for an operation on a planned non-resident basis and who nonetheless requires facilities for recovery. The whole procedure should not require an overnight stay in a hospital bed* ».

Au-delà de la stricte définition, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation : « L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » (3,6)².

La chirurgie ambulatoire peut également être définie comme une forme de prise en charge, selon le vocable anglo-saxon, en *outpatient*, c'est-à-dire une prise en charge autre que dans le cadre de l'hospitalisation traditionnelle. Une grande prudence doit néanmoins être portée dans l'interprétation de données concernant la

Tableau 1. Définitions relatives à la chirurgie ambulatoire et leur traduction en français (3).

Terminologie anglaise	Synonyme/définition en anglais	Terminologie française	Synonyme/définition en français
<i>Ambulatory</i>	<i>Day, same day, day only.</i>	Chirurgie ambulatoire	De jour, sur le même jour, d'un seul jour.
<i>Extended recovery</i>	<i>23 h, overnight stay, single night.</i>	Séjour d'une nuit (inférieur à 24 heures)	23 heures, séjour d'une nuit.
<i>Short stay</i>	-	Court séjour (de 24 à 72 heures)	-
<i>Ambulatory Surgery Center (Facility)</i>	<i>A centre (facility) designed for the optimum management of an ambulatory surgery/ procedure patient.</i>	Centre, unité de chirurgie ambulatoire	Un centre (une structure) conçu pour la gestion optimum d'un patient pris en charge en ambulatoire.
<i>Ambulatory Surgery / Procedure</i>	<i>An operation/procedure, excluding an office/surgery or outpatient operation/ procedure, where the patient is discharged on the same working day</i>	Acte (intervention, exploration) pris en charge en chirurgie ambulatoire	Une opération ou une intervention, non praticable en cabinet médical, pour laquelle le patient est libéré le jour même de l'intervention.

Source : *International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003.*

2. La chirurgie ambulatoire ne doit pas être confondue avec la chirurgie dite « foraine », où l'unité ambulatoire n'est pas différenciée du reste du secteur chirurgical d'hospitalisation. Selon la SFAR, « En forain, les structures d'accueil et de secrétariat, les unités d'hospitalisation et les blocs opératoires sont communs à l'activité ambulatoire et traditionnelle. Ce type de prise en charge va à l'encontre des exigences liées au concept ambulatoire. Le patient n'est plus au centre de l'organisation, ce qui génère des dysfonctionnements (annulations et reports) et réduit la qualité et la sécurité de la prestation » (7).

prise en charge en *outpatient*, car il peut s'agir d'activité de chirurgie ambulatoire comme de venues et de consultations externes, d'actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie, de dialyse ou de soins à domicile.

Ce terme est utilisé pour marquer la différence avec la prise en charge en *inpatient*, c'est-à-dire dans le cadre d'une admission dans un hôpital public ou privé, pour un séjour avec au moins une nuit d'hospitalisation.

1.2 Définition française

1.2.1 Conférence de consensus

La France a labellisé le vocabulaire dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 : « *La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* » (8)³.

1.2.2 Définition réglementaire

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation⁴. Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été intégré dans le code de la santé publique (CSP). La définition de la chirurgie ambulatoire comme structures de soins alternatives à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.

Les établissements de santé sont autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire. De ce fait, la chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

L'article D. 6124-301 du CSP précise que « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* »⁵.

« *Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ».

Cette définition indique que :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ;
- alors qu'au niveau international, la chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, en France la contrainte de temps est plus forte, la durée d'ouverture de la structure étant de 12 heures au maximum ;
- la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

L'article R. 6121-4 du CSP présente le caractère substitutif et qualifié de la chirurgie ambulatoire :

3. La chirurgie ambulatoire est donc par définition une chirurgie programmée chez un patient sélectionné, à l'inverse d'une prise en charge de l'urgence. Selon l'abécédaire de la chirurgie ambulatoire, « Certaines urgences pourraient faire l'objet d'une prise en charge en ambulatoire par certaines équipes spécialisées dans la mesure où elles ne perturberaient ni les conditions de sélection des patients, ni l'organisation du programme opératoire ». Ce sujet nécessite une réflexion approfondie et n'est pas traité dans cet état des lieux.

4. Le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation définissaient précisément ces structures et introduisaient les notions simples d'organisation et d'architecture. Les moyens propres que nécessitent ces structures, en termes de locaux, de matériels et de personnels étaient également introduits.

5. La chirurgie ambulatoire se distingue très clairement de l'hospitalisation à domicile (HAD), également considérée d'un point de vue réglementaire comme une alternative à l'hospitalisation. L'organisation et le type de patients et de pathologies n'ont rien en commun.

- 
- substitutif, car il est indiqué que « *les alternatives à l'hospitalisation [...] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile* » ;
 - qualifié, car « *dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire* » – les prestations équivalent par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation conventionnelle⁶.

L'instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (**Instruction DGOS/R3 n° 2010-457**) reprend cette qualification de chirurgie « qualifiée et

substitutive » à la chirurgie à temps complet et précise : « *Il s'agit de changer de paradigme* :

- *ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;*
- *mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence* ».

La circulaire DGOS/RH4 n° 2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel et **la circulaire DGOS/RH5 n° 2011-74 du 24 février 2011** relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins confirment également cette qualification.

2. RÉGLEMENTATION DU FONCTIONNEMENT

2.1 Une des missions des établissements de santé

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 a introduit au nombre des missions et obligations des établissements de santé la chirurgie ambulatoire en précisant que : « les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie obstétrique, odontologie ou psychiatrie [...] ».

En pratique, les établissements de santé sont définis sur une base fonctionnelle fondée sur leur mission et non sur leur statut. Les missions des établissements de santé sont définies par le code de la santé publique (CSP).

L'article L. 6111-1 du CSP indique :

« Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes » ;

« Ils délivrent des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles » ;

« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ».

Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires sont des services d'un établissement de santé. Lorsqu'elles sont en dehors, elles sont considérées par la jurisprudence administrative comme des établissements de santé, du fait qu'elles exercent une activité de soins autorisée. Différentes décisions juridictionnelles ont en effet considéré que le fait d'exercer, pour une structure, une des activités mentionnées à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique lui conférerait la qualification d'un établissement de santé (tribunal administratif de Pau en 1996, tribunal administratif de Poitiers en 1997, tribunal administratif de Nice en 1999 et cour administrative d'appel de Lyon, 19 novembre 2002, n° 99LY0367).

2.2 Une activité soumise à autorisation

Les établissements de santé relèvent d'une procédure d'autorisation. Selon les dispositions de l'article L. 6122-1 du CSP :

« sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds ».

L'article R. 6122-25 du CSP précise, par ailleurs, que l'activité de chirurgie est soumise à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, y compris lorsqu'elle est pratiquée sous la forme d'alternative à l'hospitalisation. Les destinataires de cette autorisation peuvent être, selon l'article L. 6122-3 du CSP :

« 1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun des moyens nécessaires à cet exercice ;

2° Un établissement de santé ;

3° Une personne morale dont l'objet porte, notamment sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale ».

Une visite de conformité positive doit être constatée dans les 6 mois qui suivent l'entrée en fonctionnement de l'activité de soins ou de la structure selon l'article L. 6122-4 du CSP :

« L'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale ».

« La visite de conformité est réalisée au plus tard dans les six mois après la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ou la mise en service de l'équipement matériel lourd. Le maintien de la conformité est vérifié après toute modification des conditions d'exécution de l'autorisation [...] ».

2.3 Une soumission aux critères de sécurité et de qualité de tout établissement de santé

La qualification d'une structure de soins en établissement de santé impose de fait des obligations et contraintes définies réglementairement.

L'article L. 6111-2 du CSP stipule que : « les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ».

2.4 Description des conditions techniques de fonctionnement

2.4.1 Organisation spécifique

L'article D. 6124-301 du CSP précise qu'en termes d'organisation : « Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel » et « garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné ».

Enfin, « les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients ».

2.4.2 Locaux et matériel

L'article D. 6124-302 du CSP indique que ces structures « sont agencées et équipées de manière à assurer

sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- l'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- l'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins ;
- la surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;
- la décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients ».

Au cours des 12 heures de la durée d'ouverture, « les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité ».

« La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés ».

« Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai ».

2.4.3 Zone opératoire

L'article D. 6124-302 du CSP et l'**arrêté du 7 janvier 1993** définissent les conditions techniques de fonctionnement et les caractéristiques du bloc opératoire utilisé pour la chirurgie ambulatoire :

Selon l'**article D. 6124-302 du CSP**, « Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient, y compris la consultation

7. Un projet de décret visant à faire évoluer les conditions techniques de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire est en cours. Un addendum sera apporté dès la publication de ce décret, le cas échéant.

anesthésique. Elles disposent également d'une salle de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient ».

L'arrêté du 7 janvier 1993 définit les caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires. Il définit la notion de zone opératoire. Cette zone permet la prise en charge du patient à différents temps de son intervention : préparation du patient, réalisation de l'acte, surveillance post-interventionnelle notamment et dispose de moyens propres pour faire face aux risques encourus par le patient :

« Le secteur opératoire inclut une zone opératoire protégée. Cette zone garantit, par des dispositifs techniques, une organisation du travail et une hygiène spécifiques et adaptées, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, les tiers et l'environnement, et dispose des moyens propres à faire face à leurs conséquences. Ces risques sont notamment de nature anesthésique, infectieuse ou liés aux agents physiques employés. Tout secteur opératoire et toute zone opératoire protégée doivent être physiquement délimités et signalés ».

« Les fonctions suivantes sont obligatoirement assurées dans le secteur opératoire :

- 1° La préparation médicale immédiate du patient aux actes opératoires par l'équipe opératoire ;
- 2° La réalisation des actes opératoires ;
- 3° La surveillance postopératoire immédiate ;
- 4° La surveillance du réveil anesthésique jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales ;
- 5° La préparation du personnel à la réalisation des actes opératoires conformément aux règles d'hygiène en vigueur ;
- 6° La préparation et la distribution des produits, médicaments et matériels nécessaires à la réalisation des fonctions précitées, de même que le stockage indispensable à leur disponibilité immédiate. La fonction mentionnée au 2° ci-dessus est obligatoirement assurée dans la zone opératoire protégée. Tout ou partie des fonctions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus peut être assurée en dehors de la zone opératoire protégée. Les fonctions mentionnées aux 5° et 6° ci-dessus sont obligatoirement assurées en dehors de la zone opératoire protégée ».

2.4.4 Personnel

Les articles **D. 6124-303** et **D. 6124-308** du CSP précisent le nombre et la qualification du personnel :

« Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 6124-301, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

2° D'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les soins de suite et de réadaptation, d'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou d'une infirmière ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ».

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation [...] sont appréciés par le directeur général de l'agence régionale de santé [...] en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques ».

2.4.5 Obligation de continuité des soins

Selon l'article **D. 6124-304** du CSP, la structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire est tenue d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture : « dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure ».

Chaque patient « reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière

de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins ».

2.4.6 Règlement intérieur

L'article D. 6124-305 du CSP impose que chaque structure de chirurgie ambulatoire possède un règlement intérieur propre qui doit préciser :

- les principes généraux de son fonctionnement médical ;
- la qualification du médecin coordonnateur ;
- l'organisation générale des présences et permanences des personnels ;
- les modalités de mise en œuvre de continuité des soins ;
- les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux.

2.5 Responsabilité médico-légale

Depuis la loi du 4 mars 2002, le principe de la responsabilité civile médicale est basé sur les **articles L. 1142 et les suivants du CSP**.

La spécificité médico-légale de la chirurgie ambulatoire concerne principalement l'information délivrée, reçue et comprise par le patient et/ou son représentant légal et l'engagement de la responsabilité de l'établissement,

qui débute dans le respect du dispositif d'autorisation. Néanmoins, l'abécédaire de la chirurgie ambulatoire précise qu'« à ce jour en France et selon les éléments disponibles, il n'y a pas d'action mettant en cause la responsabilité d'un médecin et/ou d'un établissement sur des éléments du fait d'une spécificité ambulatoire » (9).

L'article D. 6124-101 de CSP indique que « Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :

- 1) décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;
- 2) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ».

L'autorisation de sortie est donc une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. « Quel que soit le médecin signataire, la responsabilité professionnelle de chacun des praticiens reste engagée. Il est de la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur de donner au patient l'ensemble des éléments nécessaires à la continuité de sa prise en charge post-anesthésique, après sa sortie de l'unité ambulatoire » (7).

En définitive, la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur dans la prise en charge du patient en hospitalisation ambulatoire est identique à celle en hospitalisation complète (7).

3. CONSTAT DU RETARD FRANÇAIS

La chirurgie ambulatoire a connu un fort développement aux États-Unis depuis le début des années soixante-dix (2). Deux motivations principales sont à l'origine de ce développement : le désengorgement des lits hospitaliers, problème important aux États-Unis à la fin des années soixante et la réduction des coûts hospitaliers dès le début des années quatre-vingt (10).

À la même période, la chirurgie ambulatoire s'est étendue au Canada et dans plusieurs pays européens dont la Grande-Bretagne, pionnier européen (2). Pour ces pays, les raisons du développement apparaissent variées : excédent ou pénurie de l'offre de soins, accroissement de la demande lié au vieillissement de la population, contraintes économiques, évolution des pratiques professionnelles ou judiciarisation de la médecine (11).

Chaque pays ayant sa propre histoire, de fortes différences dans les taux pratiqués par type d'interventions sont constatées (cf. 3.1).

3.1 Comparaison internationale

Les statistiques internationales sont difficiles à établir du fait des différences dans la terminologie employée et d'organisation du système de santé. La situation américaine est souvent utilisée comme point de référence pour comparer les différents pays entre eux.

Les statistiques américaines présentent des données concernant les *outpatient procedures* qui embrassent toutes les procédures réalisées en dehors d'une hospitalisation complète (*inpatient procedures*), et comprennent à la fois ce qui est en France considéré comme des consultations externes (i.e. relevant d'une prise en charge par la médecine de ville) ou les séances

(dialyse, chimiothérapie, etc.) et les procédures relevant de la chirurgie ambulatoire. Il n'existe pas de statistique régulière et exhaustive sur la chirurgie ambulatoire. Les données américaines disponibles sont d'abord présentées (3.1.1), puis les analyses comparées de l'IAAS pour les pays européens sont présentées (3.1.2) ; dans un troisième temps, on s'intéresse aux facteurs explicatifs de l'hétérogénéité constatée (3.1.3).

3.1.1 États-Unis

Chirurgie ambulatoire/chirurgie totale

Selon l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire de 2006⁸ (12) qui présente les informations issues des bases nationales américaines (*National Health Care Surveys*), conçues pour être représentatives de l'activité des établissements⁹, 53,3 millions de procédures chirurgicales et non chirurgicales ont été enregistrées en 2006 dans le cadre de 34,7 millions de venues. La majorité des interventions avait lieu dans un cadre hospitalier (57,2 %, soit 19,9 millions contre 42,8 %, soit 14,9 millions d'interventions dans un centre autonome¹⁰). Entre 1996 et 2006, le taux de croissance des interventions dans les centres indépendants avait été de 300 %, alors que les interventions pratiquées dans les hôpitaux restaient relativement stables.

Ces 34,7 millions de venues représentaient 61,6 % du total des séjours hospitaliers en chirurgie avec ou sans procédures chirurgicales. Ces données n'incluent pas les procédures chirurgicales pratiquées en cabinet.

L'*American Hospital Association* rapportait, quant à elle pour 2010, un taux de chirurgie ambulatoire égal à **63,5 % du total des interventions chirurgicales**

10. La *National Survey of Ambulatory Surgery* est la seule enquête nationale qui rapporte l'activité de chirurgie ambulatoire pratiquée à la fois dans les hôpitaux et les centres indépendants (*Ambulatory Surgery Centres*). L'enquête avait été menée en 1994 et 1996 puis interrompue jusqu'en 2006. Les données sont collectées par les *Centers for Disease Control (CDC)* et *Prevention's National Center for Health Statistics (NCHS)*. Dans cette enquête, la chirurgie ambulatoire fait référence aux procédures chirurgicales ou non chirurgicales pratiquées dans un hôpital ou un centre indépendant et d'autres structures spécialisées comme des unités d'endoscopies ou unités de cathétérisation cardiaque.

9. Les informations sont issues des bases nationales américaines (*National Health Care Surveys*) conçues pour être représentatives de l'activité des établissements. 142 établissements et 295 ASC avaient répondu, soit un taux d'environ 75 % de la population des établissements concernés par la chirurgie. Les données collectées excluaient une grande partie de l'activité de gynécologie et de l'activité en dentaire. Le dénominateur est le nombre de sorties avec ou sans procédure chirurgicale.

10. Aux États-Unis, un centre autonome (*Ambulatory Surgery Center*) est dédié à la chirurgie ambulatoire, il peut être intégré dans l'hôpital (*Hospital Surgery Center*) ou situé à l'extérieur de l'hôpital (centre indépendant – *free standing ASC*).

pratiquées dans les hôpitaux de communauté uniquement¹¹ en 2010¹² (13).

Pour les 37 procédures sélectionnées par l'IAAS, le taux de chirurgie ambulatoire américain était plus élevé : 83,5 % en 2004 (cf. Tableau 2).

Répartition des lieux de réalisation de la chirurgie ambulatoire

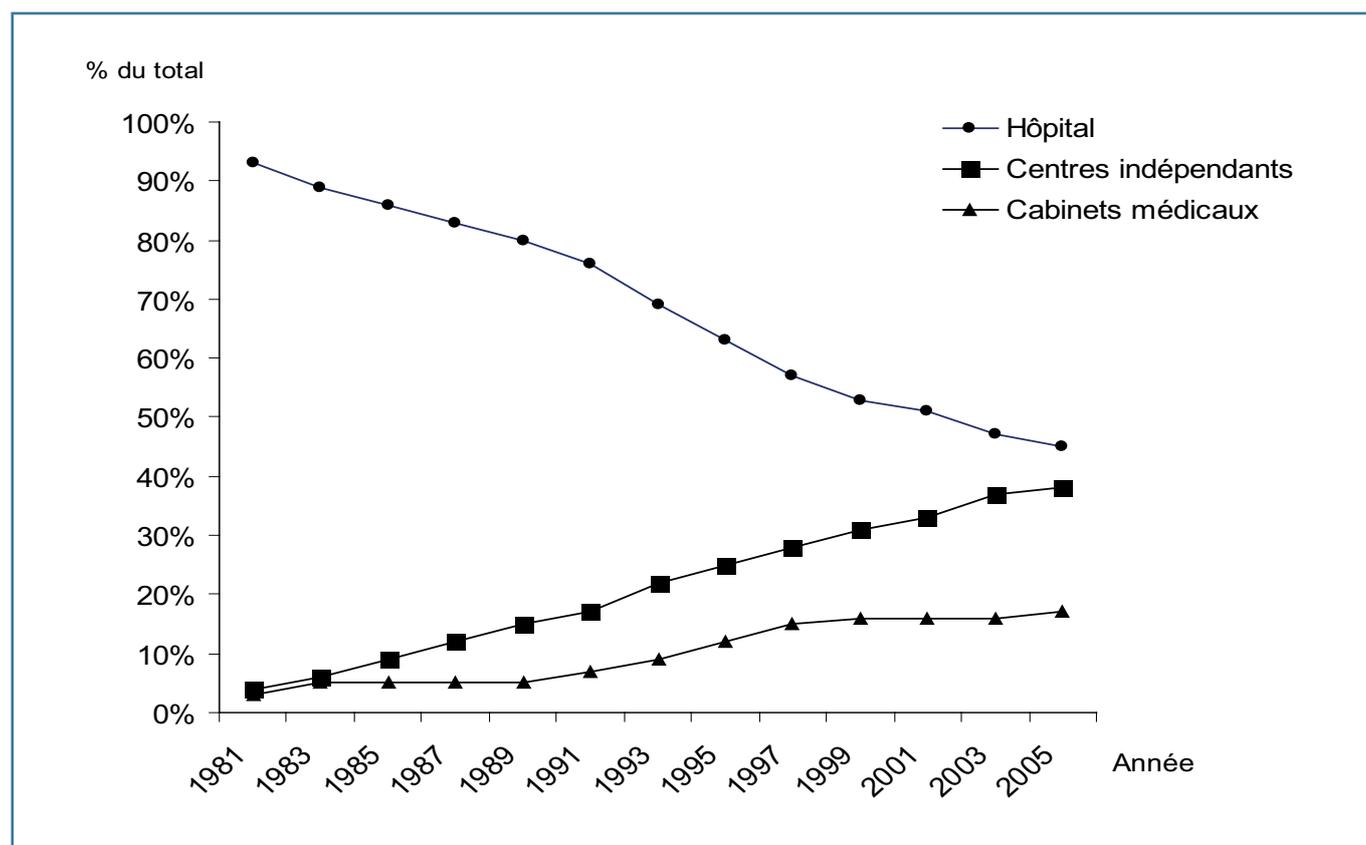
Aux États-Unis, une partie des actes de chirurgie ambulatoire est réalisée dans les cabinets des médecins. Cette activité ne figure pas dans les statistiques présentées précédemment. Il est difficile d'obtenir des données dans ce domaine. Au total, les interventions de chirurgie

ambulatoire seraient réalisées pour 47 % d'entre elles dans des établissements hospitaliers, pour 37 % dans des ASC et pour 16 % en cabinet (14). Depuis 1981, la part de la chirurgie ambulatoire réalisée à l'hôpital n'a cessé de s'éroder au profit des cabinets médicaux, mais surtout des centres indépendants (*Ambulatory Surgery Centers – ASC*) (cf. Figure 1).

3.1.2 Situation relative des pays européens

En l'absence de données comparables fiables dans les bases de données sur les systèmes de santé du fait de définitions souvent hétérogènes, l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) a mené quatre enquêtes sur le taux de chirurgie ambulatoire¹³

Figure 1. Évolution de la chirurgie ambulatoire par type de structures aux États-Unis



Source : Verispan, *Diagnostic Imaging Center Profiling Solution, 2004* in American Hospital Association, *Trendwatch Chartbook 2008* (15).

*2005 values are estimated based upon current trends.

11. Il s'agit de tous les hôpitaux de non fédéraux, de court séjour qu'ils soient généraux ou spécialisés.

12. Selon le *Trendwatch chartbook 2012 (supplementary data tables, utilization and volume)*, il y avait 17,36 millions d'interventions chirurgicales en ambulatoire pour seulement 9,95 millions d'interventions en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjour de 5,4 jours.

<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/index.shtml>.

13. Chirurgie réalisée durant un jour ouvrable (12 heures), acte complexe nécessitant un bloc opératoire, de complexité comparable à la chirurgie en hospitalisation complète. Les séjours de 23 heures sont exclus de l'analyse, de même que les séjours réalisés dans des hôtels médicalisés (16).

dans 29 pays de l'OCDE. La première s'est déroulée en 1995–1996 (6) pour 18 procédures + 2 (hystérectomie et cholecystectomie laparoscopique), en se basant sur la Classification internationale des maladies version 9 et sur les systèmes d'information utilisés dans les différents pays¹⁴. Cette enquête a été réitérée en 1996–1997 (16). En 2004, l'étude a été élargie (17) à 37 procédures chirurgicales¹⁵ de référence (classées en fonction de la CIM9), pratiquées aussi bien en chirurgie classique qu'en chirurgie ambulatoire. L'enquête de 2009 s'est également basée sur cette liste d'interventions (18).

Le taux de chirurgie ambulatoire est calculé en utilisant trois ratios différents :

- nombre d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire pour une liste de procédures/nombre d'interventions chirurgicales total de la liste de procédures ;
- nombre d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire/nombre d'actes chirurgicaux total ;
- nombre d'interventions chirurgicales non urgentes réalisées en ambulatoire/nombre d'actes chirurgicaux non urgents (chirurgie planifiée).

Les résultats pour les États-Unis et les pays européens sont présentés dans le Tableau 2.

Pour ces interventions, il existait une très forte hétérogénéité entre les pays, les États-Unis apparaissant largement en tête, avec 94,2 % d'actes en chirurgie ambulatoire en 1996 (sur 18 procédures seulement) et 83,5 % en 2004 (extension à 37 procédures).

Les pays qui ont le plus développé la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique étaient le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et la Norvège. Par ailleurs, dans ces pays, la proportion d'interventions effectuées en chirurgie ambulatoire pour les procédures listées de référence était supérieure à 65 %.

La France pratiquait, en 1996, 30,4 % de chirurgie ambulatoire dans les procédures listées de référence,

44,9 % en 2004 et seulement 36 % de sa chirurgie totale en ambulatoire en 2009. Ces taux sont inférieurs à ceux de la plupart des pays européens.

Ces données doivent être interprétées avec une très grande prudence, compte tenu des difficultés méthodologiques afférentes à leur collecte, notamment concernant les bases de données et les définitions utilisées, ainsi que les difficultés de comparabilité des procédures médicales entre elles. Par ailleurs, il existait une forte hétérogénéité entre les pratiques à l'intérieur d'un même pays entre les hôpitaux et en fonction des régions.

3.1.3 Analyse des facteurs explicatifs

Les causes de l'hétérogénéité entre les pays ont été recherchées par Kroneman *et al.* (19), à partir d'une enquête qualitative par questionnaire réalisée en 1996–1997 auprès de 25 experts interrogés pour 12 pays¹⁶. Ce travail a permis de confirmer que la chirurgie ambulatoire s'était développée à des périodes différentes. Elle était déjà assez fortement développée avant 1980 en Autriche, au Danemark, en Italie, en Norvège, en Suisse et au Royaume-Uni. Son essor se situe entre 1980 et 1985 pour la Belgique et les Pays-Bas. Il remonte à 1985–90 pour la Finlande et la Suède et est postérieur à 1990 pour la France et l'Allemagne.

Les dires d'experts sur les facteurs favorisant ou freinant le développement de la chirurgie ambulatoire ont permis d'élaborer un jeu d'hypothèses à tester, résumées dans le Tableau 3.

L'analyse a montré qu'il était difficile d'établir une liste des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire au niveau macroscopique. Les éléments qui contribuaient à son développement pourraient être le faible nombre (pénurie) ou la diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation classique, ainsi que le nombre d'infirmières à domicile. Par ailleurs, contrairement à ce qui était attendu, c'est dans les pays où la proportion des médecins salariés par rapport aux médecins libéraux était élevée que la chirurgie ambulatoire s'était le plus

14. Principalement les Diagnosis Related Groups, équivalent des Groupes homogènes de malades en France.

15. Toutes n'ont pas été renseignées par les différents pays.

16. Autriche, Danemark, Italie, Norvège, Suisse, Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas, France, Allemagne, Finlande, Suède.

Tableau 2. Taux de chirurgie ambulatoire dans les enquêtes IAAS pour une liste de procédures et en % de l'activité totale de chirurgie ou de chirurgie planifiée en Europe et aux États-Unis.

	Enquête IAAS 1994-95 18 procédures (6)	Enquête IAAS 1996-97 18 procédures (16)	Enquête IAAS 2004 37 procédures (17)	Enquête IAAS 2009 37 procédures (18)	Enquête IAAS 2004 % chirurgie ambulatoire/ total chirurgie (17)	Enquête IAAS 2009 % chirurgie ambulatoire/ total chirurgie (18)	Enquête IAAS 2004 % chirurgie ambulatoire/ total chirurgie planifiée (17)	Enquête IAAS 2009 % chirurgie ambulatoire/ total chirurgie planifiée (18)
États-Unis	93,2	94,2-	83,5	-	-	-	-	-
Allemagne	-	-	60,7	-	37	43,5	-	-
Belgique	39,2	44,9	79,3	78	30	-	43	-
Danemark	41,3	78,5	69	86	55,3	74	61	89
Espagne	-	33 (Andalousie)	54	63	28-44	33	-	87
Finlande	32	56,4	62,4	65	35	-	43	63
France	-	30,4	44,9	45	-	36	-	-
Irlande	38	40,1	-	-	-	-	-	-
Italie	-	21,9 (Veneto)	41	60	29	32	-	64
Luxembourg	19,3	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	68	88	48	50	60	64
Pays-Bas	58,2	66,7	69,8	68	49,6	53	58	-
Portugal	10,4	9,9	18,5	55	10,7	35	14,6	43
Royaume-Uni	46,2	60	62,5	77	-	52	-	62
Suède			66,7	73	50	69	-	80

Source : De Lathouwer 1998 (6), De Lathouwer 2000 (16), IAAS, 2006 (17).
Source : IAAS, 2006 (17).

développée. Cette étude à dire d'experts devrait être confirmée par d'autres travaux pour pouvoir en tirer des conclusions définitives.

Le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire était aussi la conséquence de l'existence de délais d'attente jugés trop importants pour la chirurgie programmée et de la volonté forte de réduire ces délais dans certains pays de l'OCDE (Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande) (20). L'IAAS (17) évoquait également le poids des traditions et des écoles de pensée au niveau des professionnels de santé.

3.2 Données françaises

3.2.1 Constat en 1995

Jusqu'en 1993, les statistiques produites par le service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère de la Santé ne permettaient pas de repérer la chirurgie ambulatoire, car elle était regroupée sous la catégorie plus large d'hospitalisation de jour (10).

Un premier bilan, réalisé par le CREDES pour les années 1994–95, avait permis de constater que le taux de chirurgie ambulatoire ne représentait alors que 20 % des interventions pour l'ensemble des secteurs. Il y avait environ 1 000 établissements pour 6 800 places sur le territoire, soit une place pour 10 lits d'hospitalisation complète. Au total, 79 % des interventions en chirurgie ambulatoire étaient réalisées dans le secteur privé lucratif pour seulement 13 % dans le secteur public et 8 % dans le secteur privé non lucratif (21). Il existait par ailleurs une forte hétérogénéité entre les régions françaises, celles du Sud et de l'Île-de-France apparaissant comme ayant les plus forts taux (10).

3.2.2 Évaluation du potentiel de développement au début des années deux mille

Deux études portant sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire ont été réalisées : celle du CREDES en 1999 (22-24), l'autre réalisée en 2001 par les trois principaux régimes d'assurance maladie (11,25).

Étude du CREDES

Le CREDES¹⁷ (22,24) avait mesuré, en 1999, le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, à partir de 17 gestes marqueurs identifiés dans le PMSI, en utilisant une méthode québécoise développée par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), fondée sur les programmes « OPTIMAH » (Optimisation de l'information pour le monitoring de l'activité hospitalière). Cette méthode appliquée à la chirurgie ambulatoire consistait à estimer, à partir des interventions réalisées en hospitalisation complète, le pourcentage de patients qui auraient pu être traités en ambulatoire. Il s'agissait de patients ne présentant pas de contre-indications à ce type de prise en charge (i.e. pas de comorbidité et séjour de moins de deux jours).

Le taux potentiel de chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique était variable d'une activité à l'autre : de 14 % pour une intervention concernant la hernie chez l'adulte, à 99 % pour la pose de drain transtympanique (cf. Figure 2) (22-24). Des taux potentiels très élevés, compris entre 90 % et 100 %, ont été calculés pour la pose de drains transtympaniques, les cures de phimosis, la décompression du nerf médian au canal carpien, l'amygdalectomie ou adénoïdectomie, la chirurgie du strabisme et la cataracte. Un écart très important entre le potentiel de développement et la pratique était observé pour de nombreux actes (chirurgie du strabisme 14 % avec un potentiel à 92 à 96 %, cataracte 27 % avec un potentiel à 77 à 91 %, chirurgie du testicule 32 % avec un potentiel à 81 à 84 %, arthroscopie du genou 24 % avec un potentiel à 72 à 75 %, chirurgie des varices 15 % avec un potentiel à 65 à 68 %, chirurgie nasale 9 % avec un potentiel à 52 à 55 %, chirurgie du sein 9 % avec un potentiel à 41 à 43 %).

Étude de l'assurance maladie

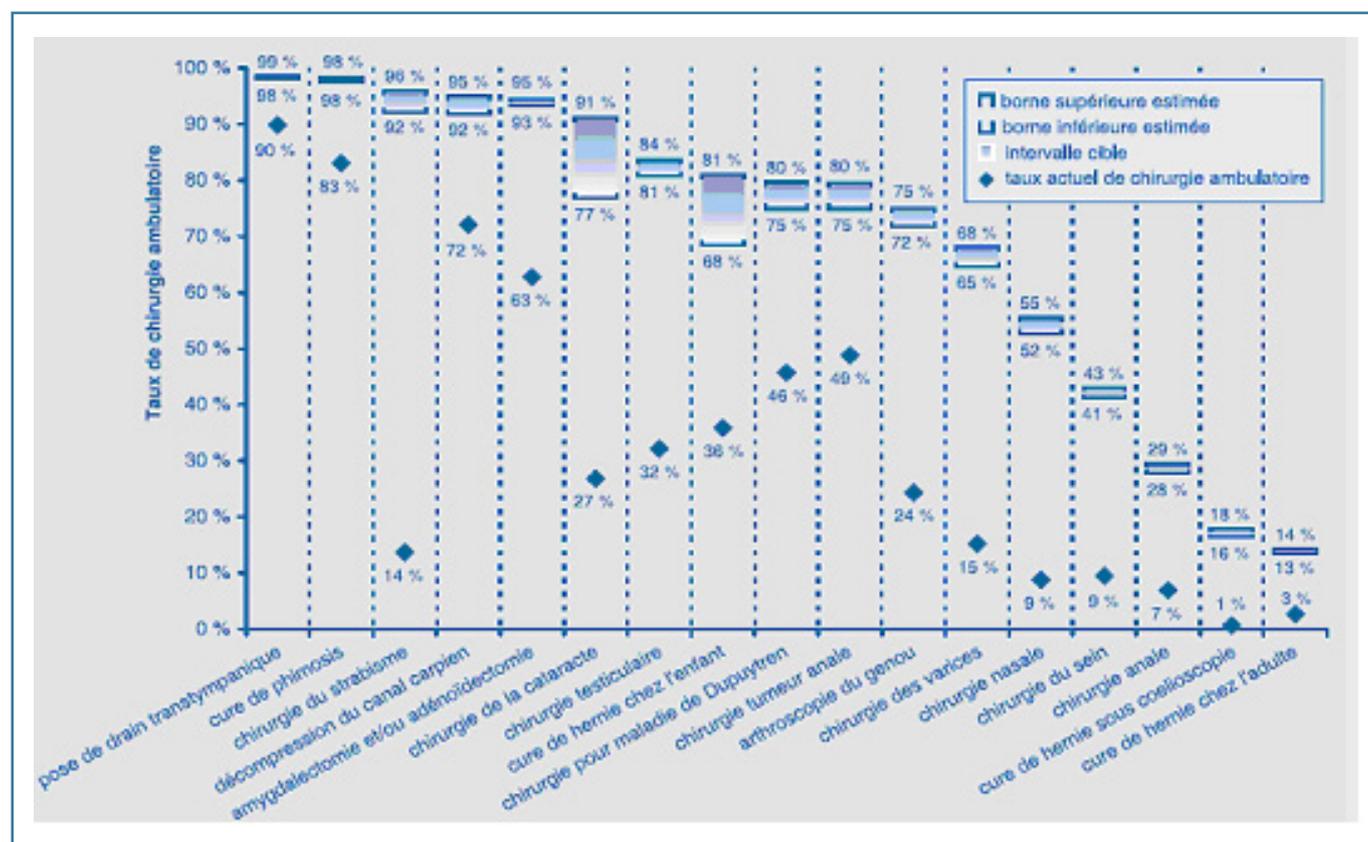
En 1999, l'AFCA et la CNAMTS ont posé le concept de gestes marqueurs en identifiant 18 gestes regroupant des actes chirurgicaux selon deux approches : une approche quantitative (à partir de la liste proposée par l'IAAS des interventions les plus fréquemment réalisées en France) et une approche qualitative (à partir

17. Cette étude faisait suite à deux publications concernant les cures de hernies inguinales et crurales (23) et la cataracte(24). Elle précède l'enquête menée par les trois caisses d'assurance maladie auprès des établissements et des patients dans le cadre du Programme national interrégimes (PNIR) de gestion du risque 2001–2002.

Tableau 3. Analyse des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire à dire d'experts (19).

Facteurs	Pays où les experts citent cette cause	Hypothèses à tester	Résultat
Facteurs encourageant le développement			
Nombre limité de lits d'hospitalisation classique (A°).	Pays-Bas et Danemark,	H1 : Dans les pays avec un nombre élevé de lits pour 1 000 habitants, la chirurgie ambulatoire est la moins développée. H2 : les pays ayant fortement réduit leurs lits d'hospitalisation se sont tournés vers la chirurgie ambulatoire.	H1 : Validée par test de Spearman $r = 0,78$, $P = 0,01$. H2 : Validée par test de Spearman $r = 0,83$, $P = 0,03$.
Implication forte du secteur des soins primaires dans la prise en charge post-hospitalisation.	Royaume-Uni, Danemark	H3 : Dans les pays qui ont un fort secteur de soins secondaires (i.e. hôpital), la chirurgie ambulatoire s'est moins développée que dans ceux avec fort secteur primaire (mesuré par le nombre de généralistes pour 1 000 et le rapport généralistes/spécialistes, le nombre d'infirmières à domicile). H4 : Dans les pays qui n'ont pas de services de consultations externes hospitalières, la chirurgie ambulatoire est plus faible que dans les pays avec des consultations externes.	H3 : Non validée que ce soit par le nombre de généralistes (test de Spearman $r = 0,40$, $P = 0,25$) ou le ratio généralistes/spécialistes (test de Spearman $r = 0,18$, $P = 0,63$). H3 : Validée pour le nombre d'infirmières à domicile test de Spearman $r = 0,72$, $P = 0,02$. H4 : Non validée, seul le Danemark et l'Allemagne n'ont pas de consultations externes, mais leur situation vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire est très différente.
Facteurs freinant le développement			
Manque d'incitatif financier et/ou financement désincitatif.	7 pays sur 12	H5 : Dans les pays où l'hôpital est financé par un budget global, la chirurgie ambulatoire est plus importante que dans ceux financés par jour. H6 : Dans les pays où les médecins sont rémunérés à l'acte, la chirurgie ambulatoire est plus développée que dans ceux où les médecins sont salariés. H7 : Dans les pays où la chirurgie ambulatoire est financée à hauteur ses coûts, la chirurgie ambulatoire est plus développée.	Non validée, pas de relation trouvée. Non validée. Ce sont les pays où les médecins sont salariés qui ont le plus développé la chirurgie ambulatoire. Non validée.
Nombre trop important de lits d'hospitalisation classique.	Autriche	Idem que A	Validée (voir A)
Implication des proches nécessaire dans la prise en charge posthospitalisation.	Autriche	Non testée	Non testée

Figure 2. Taux de chirurgie ambulatoire et estimation du potentiel pour les différents.



Source : CREDES, Traitement à partir des données PMSI 1999 (22).

d'actes de niveau d'environnement et de complexité différents dont il apparaissait intéressant de déterminer si le potentiel de développement était superposable à celui d'interventions classiques).

L'objectif de l'étude de l'assurance maladie élaborée dans le cadre du Programme national inter-régimes (11, 25) était d'estimer le potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire pour les 18 gestes marqueurs¹⁸, à partir d'un échantillon de séjours hospitaliers survenus au mois de juin 2001, pour les patients affiliés à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie. La population de référence comprenait 34 015 séjours hospitaliers issus de

1 280 établissements de santé pratiquant la chirurgie en 2001 et répartis sur l'ensemble des régions, à l'exception de la Guyane. Les recommandations de 1990 reprises en 1994, concernant l'anesthésie du patient ambulatoire (SFAR/AFCA), ont servi de socle à la définition de critères d'éligibilité et de critères de contre-indication absolue à une prise en charge ambulatoire (des taux plancher¹⁹ et plafond²⁰ d'éligibilité ont été déterminés). Les résultats sont présentés sur la Figure 3.

Les taux plafond variaient fortement, de 64,8 % pour la chirurgie du strabisme à 95,7 % pour l'adénoïdectomie et/ou amygdalectomie.

18. Arthroscopie du genou (diagnostique ou thérapeutique), extractions dentaires, chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, adénoïdectomie et/ou amygdalectomies, chirurgie du strabisme, chirurgie ORL (nasale), chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur, destruction de tumeurs anales, phimosis de l'enfant de moins de 15 ans, chirurgie de la maladie de Dupuytren, décompression du nerf médian au canal carpien, chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans, coelioscopies gynécologiques, hernies unilatérales ouvertes de l'adulte de plus de 14 ans, hernies sous coelioscopie et hernies de l'enfant de moins de 15 ans.

19. Un séjour a été défini comme étant éligible à la chirurgie ambulatoire lorsque tous les critères d'éligibilité ont été respectés.

20. 100 - Taux de contre-indication absolue à la chirurgie ambulatoire.

L'analyse avait permis de distinguer quatre groupes :

- **Groupe 1** : gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était compris entre les taux moyens pondérés d'éligibilité plancher et plafond : phimosis avant 15 ans, décompression du nerf médian au canal carpien, chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans et destruction des tumeurs anales ;
- **Groupe 2** : gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était proche du taux moyen pondéré d'éligibilité plancher (égal ou inférieur de moins de 10 %) : adénoïdectomie/amygdalectomie, cure de hernie de l'enfant de moins de 15 ans, chirurgie de la cataracte et chirurgie du strabisme ;
- **Groupe 3** : gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était inférieur de 10 % à 30 % au taux moyen pondéré d'éligibilité plancher :

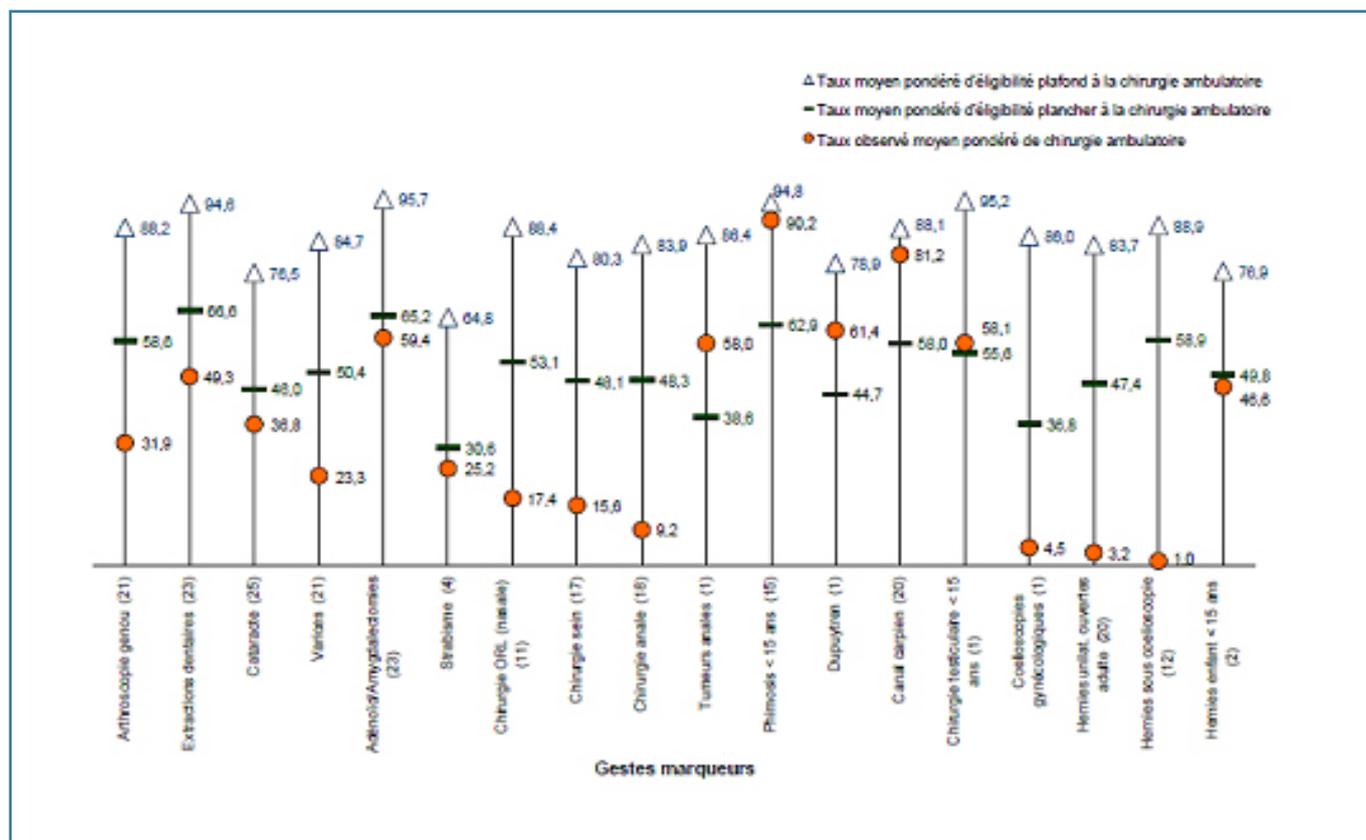
extractions dentaires, arthroscopie du genou et chirurgie des varices ;

- **Groupe 4** : gestes dont le taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire était très inférieur (de 30 % et plus) au taux moyen pondéré d'éligibilité plancher : chirurgie ORL nasale, chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur, cœlioscopie gynécologique, cure de hernie unilatérale ouverte de l'adulte et de hernie sous cœlioscopie.

3.2.3 Évolution observée entre 2000 à 2010

L'évolution de l'activité de la chirurgie sur la période 2000–2010 peut être évaluée en utilisant les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES, celles du PMSI par groupes homogènes de malades (26-28) et celles des interventions mise sous accord préalable (MSAP) (29) de l'Assurance maladie.

Figure 3. Représentation graphique, par geste marqueur, du taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire et des taux moyens pondérés d'éligibilité plancher et plafond à la chirurgie ambulatoire (proportions exprimées en pourcentages), toutes régions concernées (entre parenthèses : nombre de régions ayant étudié le geste).



Source : CNAMTS – Enquête PNIR «Chirurgie Ambulatoire» - Volet Potentiel de Substitution – juin 2001.

En préalable, il est important de noter que des différences existent entre les données de la SAE et celles du PMSI-MCO (exploitées par l'ATIH et la DREES) concernant les critères de répartition des séjours, selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes spécialités²¹ (30). De même, la liste des « GHM racines » a un périmètre plus large que la liste interventions mises sous accord préalable de l'assurance maladie qui s'appuie sur les codes d'actes de la CCAM.

Données d'ensemble

Statistique annuelle des établissements de santé

La refonte en 2000 de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)²², réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a permis de mieux décrire l'activité des établissements de santé publics et privés (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), ainsi que leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels).

Entre 2000 et 2009, le nombre de places en chirurgie ambulatoire (hospitalisation partielle) s'est fortement accru, passant de 7 641 à 12 395 (cf. Tableau 4), soit un taux d'accroissement de 62,2 % pendant que le nombre de lits en chirurgie passait de 101 756 à 84 601, soit une baisse de -16,8 %.

Le Tableau 5 présente l'évolution de l'activité en chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2010 par rapport à la chirurgie en hospitalisation complète.

La part de la chirurgie ambulatoire dans le total des journées de chirurgie est passée de 10,7 % en 2004 à 15,5 % en 2010, et de 37 % à 46 %²³ dans le total des entrées.

La chirurgie ambulatoire a connu une accélération de son développement (cf. Tableau 5) à partir de 2004²⁴ (+ 7,5 % en 2004–2005 et + 11,1 % en 2005–2006), puis une baisse apparente entre 2006 et 2007 (- 5,3 %) qui est liée principalement à des modifications de codage²⁵ (30). Elle a repris sa dynamique entre 2008 et 2009 (+ 8 %). Sur l'ensemble de la période 2004–2010, le nombre de venues en chirurgie ambulatoire s'est ainsi accru de 29,3 %.

Tableau 4. Nombre de lits (hospitalisation complète) et de places (ambulatoire) en chirurgie de 2000 à 2009.

Année	Nombre de lits	Nombre de places
2000	101 756	7 641
2001	99 091	8 007
2002	97 236	8 443
2003	95 000	8 782
2004	93 561	9 228
2005	91 822	9 609
2006	90 061	10 013
2007	88 202	10 600
2008	86 105	11 552
2009	84 601	12 395

Source : interrogation logiciel Eco-santé – SAE-DREES.

À l'inverse, le nombre de journées et d'entrées en hospitalisation complète a suivi la dynamique inverse, avec une baisse globale sur la période de - 11 % pour le nombre d'entrées et de - 15 % pour le nombre de journées réalisées.

21. Dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent l'« hospitalisation complète », lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour), et l'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire. Dans le PMSI-MCO, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à deux jours classait celui-ci en CM 24 (séances et séjours de moins de deux jours) quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée supérieure à deux jours correspondait automatiquement à un séjour hors CM 24.

22. Il s'agit d'une enquête administrative, exhaustive et obligatoire, auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins.

23. Les données disponibles sur le site de diffusion sont des données administratives, donc les données telles que les ont renseignées les établissements. La non-réponse n'est donc pas traitée pour les données mises en ligne.

24. L'ordonnance du 4 septembre 2003 avait levé le principe de la création de places supplémentaires de chirurgie ambulatoire par gage de lits d'hospitalisation complète, et ce au fur et à mesure de la mise en place des SROS de chirurgie dans les régions.

25. C'est la conséquence de la circulaire sur les actes frontières et de l'arrêté sur les forfaits sécurité environnement hospitalier, qui stipule que les actes qui sont réalisés en secteur opératoire et nécessitent la mise sous surveillance du patient, mais sont réalisées sans anesthésie, sont enregistrés en consultations externes (cas des séjours d'endoscopies sans anesthésie).

Tableau 5. Activité et évolution de la chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète de 2004 à 2010.

	Venues en Anesthésie ou chirurgie ambulatoire (TA 23)	Hospitalisation complète (TA03)		% Chirurgie ambulatoire / Total journées	% Chirurgie ambulatoire / Total entrées
		Journées réalisées	Entrées totales		
2004	2 810 134	23 335 312	4 782 501	10,7 %	37 %
2005	3 022 175	21 580 530	4 553 564	12,3 %	40 %
2006	3 358 092	21 477 643	4 582 539	13,5 %	42 %
2007	3 180 887	20 882 588	4 441 790	13,2 %	42 %
2008	3 289 926	20 620 476	4 347 751	13,8 %	43 %
2009	3 541 119	20 326 921	4 347 426	14,8 %	45 %
2010	3 633 915	19 811 395	4 261 973	15,5 %	46 %
Variations					
2004-05	7,5 %	-7,5 %	-4,8 %		
2005-06	11,1 %	-0,5 %	0,6 %		
2006-07	-5,3 %	-2,8 %	-3,1 %		
2007-08	3,4 %	-1,3 %	-2,1 %		
2008-09	8 %	-1 %	0 %		
2009-10	3 %	-3 %	-2 %		

Source : Statistique annuelle des établissements, interrogation directe de la base compilation des données par la HAS.

Données PMSI

Pour l'ensemble de l'activité chirurgicale, le bilan 2007–2010 de l'ATIH (26,27) a montré que le taux de recours²⁶ à la chirurgie ambulatoire était passé de 25,2 pour 1 000 habitants en 2007 à 30,2 pour 1 000 habitants en 2010 (+ 19,8 %), pendant que le taux de recours à la chirurgie était passé de 78 pour 1 000 à 79,9 pour 1 000 sur la même période (+ 2,4 %).

La CNAMTS, au travers de l'observatoire national chirurgie ambulatoire, avait suivi le développement français de l'ambulatoire à partir du PMSI depuis l'étude de l'assurance maladie de 1999. Ainsi, en 1999, 1 195 823 séjours chirurgicaux ambulatoires (CM 24) étaient comptabilisés sur 4 662 004 séjours chirurgicaux GHM, soit un taux de chirurgie ambulatoire de seulement 25,6 % (31).

Dans les données de l'ATIH (26,27), la part des séjours de chirurgie réalisés en ambulatoire est passée de 32,7 % en 2007 à 37,8 % en 2010. Les changements de classification de séjours (anciennement CM 24²⁷) rend toutefois difficile la comparaison des taux relevés par la CNAMTS en 1999 et les données 2010.

Pour les 18 « racines » de GHM faisant l'objet d'un tarif unique (cf. II. « Une deuxième vague d'incitations » [2004-2011]), le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 60,4 % en 2007 à 74,6 % en 2010 pour les séjours de niveau de sévérité 1²⁸, soit une progression de 14,2 points de pourcentage.

La DREES (28) faisait le même constat pour la période 2004–2009 en retraitant les données de l'ATIH sur 19 catégories d'actes pour la période 2004–2009. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 45,9 % en 2004 à 62,9 % en 2009 pour les actes sélectionnés. Le taux de progression a été plus marqué en 2004–2005 et en 2008–2009 où l'évolution a été de plus de 8 %.

Interventions mises sous accord préalable

Pour les actes mis sous accord préalable, l'assurance maladie (cf. partie « Incitations économiques ») a constaté une progression de + 15 points de pourcentage (59 à 74 %) entre 2006 et 2009. Les actes les plus fréquemment pratiqués en ambulatoire bénéficiaient de la plus forte progression des taux (cataracte + 19 points), extractions dentaires (+ 17 points), chirurgie des varices (+ 30 points). En revanche, certains gestes avaient des taux de chirurgie ambulatoire qui restaient inférieurs à 30 % (16 % pour la coelioscopie gynécologique, 18 % pour les cures de hernies inguinales, 26 % pour la chirurgie anale et 27 % pour la chirurgie du sein-tumorectomie) (cf. Tableau 6).

Répartition régionale

L'étude de l'assurance maladie réalisée en 1999 avait mis en évidence (32) de fortes disparités régionales. Les régions Île-de-France, PACA et Rhône-Alpes concentrant 36 % des interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation complète et 42 % des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire.

En 2010, les analyses de l'ATIH montrent (26) que les disparités régionales persistent, que ce soit pour la chirurgie en général ou la chirurgie ambulatoire en particulier (cf. Figure 4 et Figure 5).

Le taux standardisé de recours à la chirurgie ambulatoire apparaît très hétérogène d'une région à l'autre, et pratiquement superposable à celui de la chirurgie en général. Les régions ayant le plus fort taux sont les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon ainsi que le Nord-Pas-de-Calais puis l'Aquitaine, l'Île-de-France et les régions du Nord-Est, tandis que le centre de la France et du Nord-Ouest ont des taux faibles.

26. Nombre de séjours annuels des patients rapporté à la population totale.

27. La catégorie majeure 24 (CM 24) était initialement réservée aux séances. Elle a été étendue aux séances et séjours de moins de 24 heures (période 1992–2003 correspondant aux versions 1 à 7 de la classification des GHM) puis aux séances et séjours de moins de 2 jours (période 2004–2005). Depuis 2009, la CM 24 a été supprimée, et ont été créés, au sein des racines de GHM concernés, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (date d'entrée = date de sortie) codés avec la lettre J.

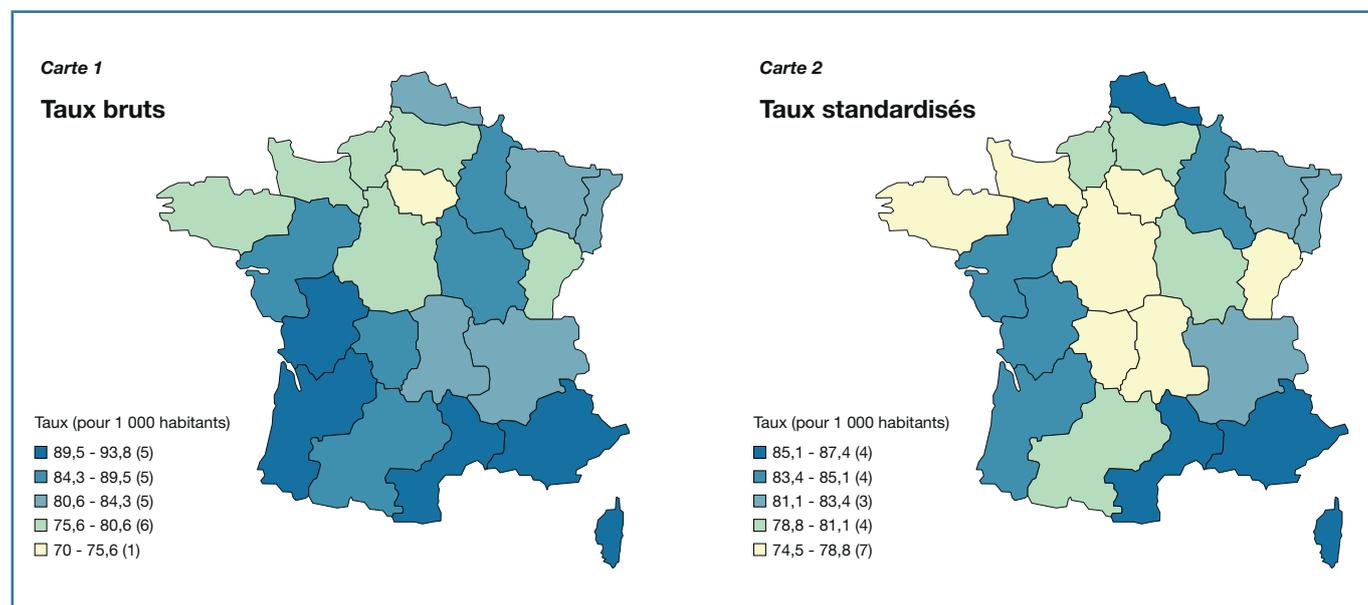
28. Depuis la version 11 de la classification des séjours, ces derniers sont classés en quatre niveaux de sévérité croissant (de 1 à 4). Le classement dans un niveau dépend des Complications majeures associées (CMA), dans certains cas de l'âge, du mode de sortie et d'une durée de séjour minimale pour ce séjour. Dix-huit racines de GHM font l'objet d'un tarif unique pour la chirurgie en hospitalisation classique de niveau de sévérité 1 et pour la chirurgie ambulatoire.

Tableau 6. Chirurgie ambulatoire en 2009 pour les interventions mises sous accord préalable par l'assurance maladie.

Gestes	Nb de séjours d'hospitalisation complète	Nb de séjours ambulatoires	Taux de chirurgie ambulatoire
Adénoïdectomies (végétations)	2 413	87 188	97 %
Exérèses de kystes synoviaux	1 344	17 252	93 %
Chirurgie de la conjonctivite (ptérygion)	1 037	10 822	91 %
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses	22 623	146 896	87 %
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	3 016	18 325	86 %
Extractions dentaires	40 235	234 570	85 %
Chirurgie utérus, vulve, vagin et assistance médicale à la procréation	55 396	259 927	82 %
Chirurgie du cristallin	139 607	500 744	78 %
Athroscopies du genou hors ligamentoplasties	39 321	100 907	72 %
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	6 041	13 118	68 %
Chirurgie des varices	54 841	68 605	56 %
Chirurgie des bourses	17 268	13 732	44 %
Chirurgie strabisme	5 173	2 945	36 %
Chirurgie anale	12 900	4 535	26 %
Chirurgie des hernies inguinales	95 228	21 137	18 %
Coelioscopie gynécologique	10 803	2 109	16 %

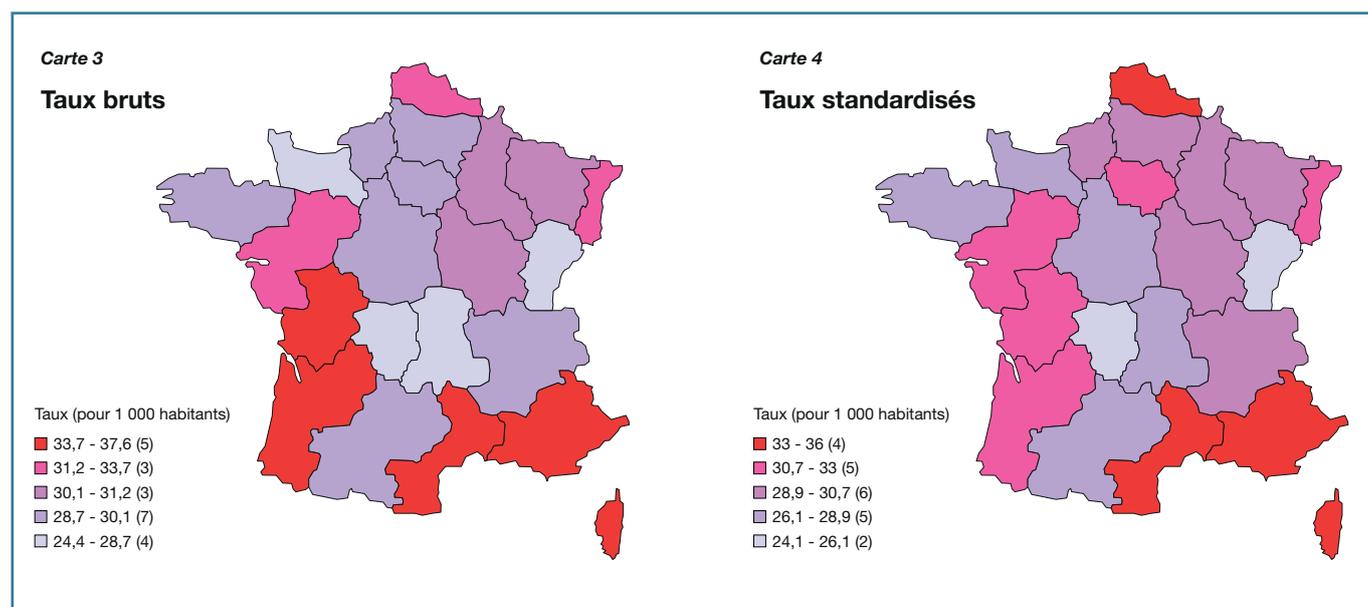
Source : PMSI 2009.

Figure 4. Taux de recours à la chirurgie en 2010 (pour 1 000 habitants) (taux bruts et taux standardisés sur l'âge) (26).



Source : ATIH – État des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire, 2010.

Figure 5. Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2010 (pour 1 000 habitants) (taux bruts et taux standardisés sur l'âge). France métropolitaine (26).



Source : ATIH – État des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire, 2010.

Les taux observés (standardisés sur l'âge) devraient néanmoins être affinés. Par exemple, le KCE (33) a identifié pour la Belgique des variations locales de recours à la chirurgie pouvant être liées à un effet de la demande (effet morbidité) et un effet de l'offre (densité de médecins, spécialités et formation).

Des disparités en fonction des secteurs

Pour l'année 1999, la CNAMTS (32) avait constaté de grandes différences en fonction des statuts des établissements et des régions. Elle notait un déséquilibre entre les deux secteurs de financement au niveau de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le secteur privé sous OQN réalisait 55 % des interventions chirurgicales en hospitalisation complète, mais était à l'origine de 87 % des interventions chirurgicales en ambulatoire.

Onze ans plus tard, la différence entre les catégories d'établissements perdure (données ATIH) avec un taux de chirurgie ambulatoire de 44,1 % en 2009, pour les

établissements privés ex-OQN contre 25 % pour les établissements anciennement sous dotation globale (19,6 % pour les CHU et l'AP-HP).

Concernant 19 racines à tarif unique, le taux de chirurgie ambulatoire en 2009 était de 63,1 % pour les établissements ex-DG contre 75,4 % pour les établissements ex-OQN. Toutefois l'écart entre les deux secteurs n'est plus que de 12,3 points de pourcentage alors qu'il était de 19 points en 2007.

L'Assurance maladie (29) a, quant à elle, constaté que le taux de chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs était passé de 54 % en 2006 à 69 % en 2009 dans le secteur public et de 62 % à 77 % pour les cliniques privées.

Malgré un rattrapage dans le secteur public, qui a connu une augmentation plus importante de son taux de chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009 et qui s'est poursuivi en 2010 (cf. Tableau 7) (+ 8,7 % d'actes en J en secteur ex-DG contre + 6 % en secteur ex-OQN), le secteur privé conserve son « avance » sur le secteur public (34).

Tableau 7. Nombre de séjours de niveau 1 et J et évolution entre 2009 et 2010 au sein des 19 racines de GHM à tarif unique, part dans le total.

2010	Secteur ex DG		Secteur ex OQN	
	Nb de séjours en milliers	Évolution/2009	Nb de séjours en milliers	Évolution/2009
Niveau J (ambulatoire)	387,41	+ 8,7 %	1 115,92	+ 6,00 %
Niveau 1 (hospitalisation conventionnelle)	173,82	- 8,7 %	272,01	- 14,3 %
Niveau J ou 1	561,23	+ 2,7 %	1 427,93	+ 1,4 %
Total Séjours	15 553,79	+ 1,7 %	6 942,81	+ 0,5 %
% niv 1 ou J/total	3,7 %		20,7 %	

CA : Chirurgie ambulatoire.

Source : Rapport 2011 au parlement sur la T2A, d'après les données de l'ATIH (34).

4. DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT

4.1 Locaux et équipement

4.1.1 Types de structures

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement décrits (5, 7, 9, 17, 35).

■ Structures intégrées

Les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires (5, 7, 9, 17, 35).

Les centres intégrés sont le modèle le plus ancien et représentent la quasi-totalité des structures françaises depuis 20 ans. Leur avantage est celui d'une grande facilité de sa mise en œuvre dans un établissement déjà existant. Leur inconvénient est qu'ils sont souvent un frein au développement de la chirurgie ambulatoire, où la culture de la prise en charge traditionnelle reste dominante (7, 9).

■ Structures de fonctionnement autonome

Les structures autonomes disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel (5, 7, 9, 17, 35).

■ Structures satellites

Les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement (5, 7, 9, 17, 35).

■ Structures indépendantes

Les structures indépendantes (*free standing centers*) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et sont totalement détachées d'un établissement de soins classique (5, 7, 9, 17, 35). Les structures indépendantes sont donc hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement. Elles n'existent aujourd'hui en France que dans le cas où leurs créations résultent d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement, tout en gardant leur entité juridique (7, 9).

4.1.2 Modèles architecturaux

Il n'y a pas de modèle de structures ambulatoires au sens architectural du terme (7, 9, 17). Les obligations sont d'une part de garantir à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaire, ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité et, d'autre part, de garantir la prise en charge immédiate d'une éventuelle complication. L'architecture traduit le choix organisationnel qui joue un rôle de tout premier plan dans une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) (36, 37). L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient qui est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire (9).

Les différents espaces à prévoir d'une UCA sont (17, 35, 38-40) :

- les zones d'entrées et de sortie (patients, personnels, matériel) ;
- les salles d'admission ;
- le bureau des admissions et des sorties ;
- la salle d'attente ;
- les salles de consultations ;
- les salles de soins préopératoires ;
- les vestiaires des patients et les vestiaires du personnel ;
- le bloc opératoire ;
- la salle de réveil et la salle postopératoire ;
- l'espace de stérilisation des instruments ;
- l'espace de stockage du matériel ;
- les toilettes pour les patients et accompagnants et les toilettes du personnel ;
- éventuellement une salle de réunion ou de conférence et une salle de repos pour le personnel ;
- ainsi que si besoin, des salles pré et postopératoires pédiatriques.

Toute UCA doit prévoir un système de stérilisation, des protocoles d'hygiène, ainsi qu'un système de gestion des déchets (35). Un système d'évacuation d'urgence adapté doit également être prévu (40).

Il est important d'individualiser les flux de patients de l'UCA des flux de l'hospitalisation complète et d'identifier le personnel dédié à l'UCA (5).

4.1.3 Bloc opératoire

La structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire dispose d'un bloc opératoire défini réglementairement. Le bloc opératoire de l'UCA doit avoir les mêmes standards que ceux appliqués à la chirurgie avec hospitalisation complète (38, 40-42).

Le bloc opératoire est défini comme un ensemble de plusieurs salles et annexes réunies dans une même unité immobilière dédiée à la réalisation d'actes invasifs, quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients (43, 44).

L'organisation d'un bloc opératoire permet de comprendre les impératifs nécessaires à une intervention de chirurgie.

Au sein d'un bloc opératoire, peuvent être distingués :

- le vestiaire : zone d'entrée et de sortie de la zone protégée pour les personnels et visiteurs ;
- le sas de transfert : salle où le patient est transféré de son lit ou de son brancard de transport sur un brancard de transfert ou sur un chariot ;
- la salle d'induction : salle située à proximité de la salle d'opération, destinée à mettre le patient en condition pour l'intervention et préparer l'anesthésie ;
- la zone de préparation chirurgicale : zone permettant le lavage chirurgical des mains ou la désinfection chirurgicale des mains par friction des opérateurs ;
- la salle d'intervention ;
- la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) : salle réglementaire destinée à la surveillance des opérés après l'intervention ;
- les arsenaux et salles de réserves permettant le stockage des matériels stériles et propres et des produits pharmaceutiques.

La structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire doit, en outre, comprendre le matériel destiné à la réalisation et la surveillance d'une anesthésie conformément aux termes du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Comme mentionné dans ce décret, la structure doit notamment assurer pour chaque patient :

- « une surveillance clinique continue [...] ;
- le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique ;
- la surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige ».

L'arrivée de fluides médicaux, l'aspiration par le vide, et l'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques doivent être également garanties ainsi que l'évacuation des gaz d'anesthésie non réutilisables (NF EN ISO 7396-2).

Il doit être possible de réaliser, pour chaque patient, une intubation trachéale, une ventilation artificielle et le contrôle continu :

- du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé ;
- de la saturation du sang en oxygène ;
- des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz.

4.1.4 Types de flux

Le respect des contraintes d'horaires constituent un cadre rigide avec lequel les responsables d'une UCA doivent composer, l'unité de lieu aidant à garantir l'unité de temps (36).

Un des facteurs de réussite est la programmation des actes qui permettrait une utilisation optimale du temps de vacation offert (7, 37).

La programmation des actes doit permettre la fluidité des séjours pour l'unité ambulatoire, en fonction de la durée prévisible de surveillance postopératoire avant la sortie du patient.

Un même lieu pouvant assumer plusieurs fonctions successives, et une même fonction pouvant s'établir dans

des lieux différents, l'unité ambulatoire doit maîtriser ses flux : patients, informations, personnels, matériels (7). L'optimisation de la prise en charge des différents flux (flux logistiques, patients, brancardiers, chirurgiens, anesthésistes, etc.) permet l'amélioration de la gestion de la structure en créant des circuits courts, à l'origine de l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients (9). La fluidité, la cohérence et la maîtrise doivent caractériser les flux ambulatoires. Le parcours du patient doit être simple et fluide. Ce parcours relève d'une pensée logistique depuis l'accès jusqu'à la sortie du patient (7). Il prend en compte les contraintes d'amont et d'aval, et compose astucieusement avec les contraintes existantes. Les différentes étapes sont les suivantes : arrivée, accueil, enregistrement, préparation, transfert préanesthésie, intervention en salle d'opération, sortie de la salle d'opération, passage obligatoire en salle de soins post-interventionnelle (SSPI), réhabilitation, évaluation de l'aptitude à la rue, prise en charge par l'accompagnant, suivi à domicile (7).

Il existe deux circuits basiques de flux : le flux unique (*race-track*) ou les flux croisés (*non-racetrack*) (17) :

- dans le circuit à flux unique, le flux du patient est unidirectionnel. Le patient ne repassera jamais par le même endroit : admission, salle préopératoire, bloc opératoire, salle postopératoire et sortie. L'avantage de ce modèle est que les patients en phases pré et postopératoires ne sont pas mélangés, et qu'il n'y a pas de points de tensions au niveau des croisements de flux des patients. L'inconvénient est qu'il faut donc deux espaces distincts pour les salles pré et postopératoires, et nécessite donc plus d'espace pour le même nombre de patients ainsi que plus d'infirmières ;
- dans le circuit à flux croisés, le patient va repasser par les mêmes salles, en particulier la salle pré et postopératoire qui devient une salle unique. L'avantage est qu'une seule salle accueille les patients en phase préopératoire et en phase postopératoire. La zone d'admission et de sortie peut également être unique. L'inconvénient est qu'il va exister des points de croisements de patients. Dans ce cas, il est nécessaire de prévoir des couloirs assez larges, afin de permettre le passage de deux brancards de manière confortable (17).

Le principe du *fast track* a pour objectif d'optimiser le séjour chirurgical d'un patient dans la structure, en le limitant au strict indispensable. Ce principe nécessite l'évaluation *a priori* du triptyque patient-chirurgie-organisation afin d'appliquer les justes moyens. Toutefois, il est à noter que l'article D. 6124-98 du CSP impose une obligation de moyen dans la surveillance postopératoire (9) : « *La surveillance qui suit le transfert du patient est mise en œuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle* ».

4.2 Équipe de l'UCA

En France, la présence minimale permanente pendant les heures d'ouverture de l'UCA d'un médecin qualifié, d'un médecin anesthésiste réanimateur, d'un infirmier ou d'une infirmière pour cinq patients présents, et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire est obligatoire (**article D. 6124-303 du CSP**) (9).

Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de chirurgie ambulatoire sont appréciés par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction de la nature et du volume d'activités effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients (article D. 6124-303 du CSP).

Un coordonateur doit être identifié dans chaque UCA (9, 39, 41, 42, 45). En France, la fonction de médecin coordonateur est définie réglementairement (**article D. 6124-308 du CSP**). Il doit mettre en œuvre le règlement de fonctionnement de l'unité, et s'assurer que tous les acteurs l'appliquent (9).

Il est en charge (35) :

- de l'organisation du staff avec les différentes spécialités ;
- de la réalisation et de l'application des procédures ;
- de l'organisation de l'UCA en adaptant les ressources à la demande ;
- et du contrôle qualité de l'unité.



À l'étranger, les structures de chirurgie ambulatoire ne sont pas nécessairement coordonnées par des médecins, mais également par des infirmières, des administratifs ou des ingénieurs en organisation (9).

Les membres de l'UCA, en plus de leurs compétences médicales et techniques, ont également besoin de com-

pétence de travail en équipe (40,45). Les responsabilités en chirurgie ambulatoire sont les mêmes que celles de l'hospitalisation complète (9).

5. BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

5.1 Chemin clinique

L'acte est identique que l'on soit en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation complète. C'est l'organisation autour du patient qui est modifiée en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète (39). Élément central de l'organisation de l'UCA, le chemin clinique est défini comme « *l'ensemble des étapes clairement identifiées, qui mène le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'à la réalisation de l'acte* » (7).

Le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins visant la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Il permet de planifier, de mettre en œuvre, de mesurer, puis d'ajuster (46).

Il est élaboré par la description détaillée et l'analyse de la totalité du processus de prise en charge (7) issus de données de la littérature et de l'observation de la pratique de terrain (5, 47). Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels dédiés, ainsi que les interfaces (par exemple : l'organisation des consultations d'amont, les relais avec les soins de ville, etc.) nécessitent d'être identifiées (7, 40, 45, 47). Il doit pouvoir être partagé par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient (7, 47).

Les objectifs de la description du chemin clinique sont :

- la connaissance et la maîtrise du processus de prise en charge (7) ;
- l'association d'une recommandation claire à chaque action (5, 47) ;
- la planification et l'organisation de la prise en charge des patients de façon consensuelle au sein d'une équipe (46) ;
- la coordination des différents acteurs de l'UCA (où le patient est impliqué particulièrement dans les périodes de préparation et de suivi postopératoire) (7, 40, 46, 47) ;
- la simplification des prises en charge pour les professionnels et la clarification de l'information donnée au patient (46) ;
- l'optimisation des ressources humaines et matérielles (46) ;

- l'amélioration de l'efficacité des soins (46) ;
- l'amélioration de la qualité (40, 45-47).

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, les quatre phases principales du chemin clinique sont l'évaluation préopératoire, la phase opératoire en elle-même, la phase d'autorisation de sortie et le suivi (48). Durant ces phases, la sélection du patient, l'anticipation, la coordination renforcée des acteurs, ainsi que l'information des différents acteurs sont les étapes essentielles.

5.2 Détermination des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire peut être considérée aujourd'hui comme la chirurgie de première intention (5, 7, 17, 38, 39, 41, 42, 48, 49). *A contrario*, si une hospitalisation avec une nuit complète est envisagée, alors il est indispensable de se demander quelles stratégies pourraient être employées pour rendre la prise en charge ambulatoire possible pour ce patient (41).

5.2.1 Un des facteurs clés de succès : la sélection des patients

Les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et ceux nécessitant une hospitalisation complète sont différenciés grâce à l'analyse au cas par cas de la balance bénéfique/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place (5,7,9).

La sélection des patients est un facteur clé de réussite, et permet d'éviter des complications postopératoires, ainsi que des retards et des annulations, tout en augmentant la satisfaction des patients (38, 40, 41, 50, 51). Les critères d'éligibilités peuvent varier en fonction du chirurgien, du patient, et de la structure (38) et peuvent être formalisés dans une procédure (35, 39, 49). Le choix ultime en matière d'éligibilité d'un patient à une prise en charge en chirurgie ambulatoire est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné (3). L'ensemble des recommandations converge sur le fait que l'analyse de la balance bénéfique/risque pour chaque patient, pour chaque intervention et dans chaque organisation, repose sur des critères médicaux et chirurgicaux d'une part et psycho-sociaux et environnementaux d'autre part.

5.2.2 Critères de sélection médicaux et chirurgicaux

L'acte doit être réalisable en toute sécurité. Une évaluation au cas par cas, prenant en compte le triptyque patient-acte-organisation à un moment donné, doit être effectuée. La durée d'opération, le temps de surveillance postopératoire et le temps de réhabilitation précoce doivent toutefois être pris en compte en fonction de l'amplitude horaire d'ouverture de l'unité. Enfin, la prédiction des suites postopératoires doit être recherchée (5, 7, 38, 41).

Les patients de statut ASA (*American Society of Anesthesiologists Statut*)²⁹ I, II et III stable sont éligibles à la chirurgie ambulatoire (7, 35, 52). Certains patients de statut ASA IV pourraient être également éligibles (17, 38, 40).

L'obésité et l'âge ne sont pas un facteur d'exclusion en soi (5, 17, 35, 41) :

Certaines équipes nord-américaines acceptent désormais en ambulatoire des patients dont l'indice de masse corporel est égal ou supérieur à 50 kg/m² (7).

En France, pour les nourrissons nés à terme, les patients de plus de 3 mois sont éligibles pour la SFAR. Le CNCE et l'ADARPEF repousse ce délai à 6 mois. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de 3 mois pour la SFAR et moins de 6 mois pour le CNCE et l'ADARPEF peuvent être inclus après accord préalable de l'anesthésiste/opérateur (7, 53). Pour les enfants nés prématurés, un âge post-conceptionnel inférieur à 60 semaines est un facteur d'exclusion. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients d'âge post-conceptionnel supérieur à 60 semaines et jusqu'à un an peuvent être inclus après accord préalable de l'anesthésiste/opérateur (7, 53).

La chirurgie ambulatoire peut également être adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber, en prenant en compte certaines spécificités (par exemple les enfants ou les personnes âgées) (7).

5.2.3 Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux

Le patient doit avoir accepté la chirurgie ainsi que la prise en charge en ambulatoire (35, 38, 40, 41, 48).

Le patient doit pouvoir être raccompagné à domicile par un adulte responsable, et si besoin en fonction, pour au moins une nuit après la sortie de l'hôpital (5, 7, 9, 35, 38, 40-42, 54).

L'accompagnant doit pouvoir comprendre la procédure des soins postopératoires et accepter la responsabilité de la surveillance du patient (5, 17). Il doit être en mesure (sur le plan physique et sur le plan mental) de prendre des décisions pour le bien-être du patient si nécessaire (38).

La compréhension des modalités de prise en charge par le patient et par son accompagnant étant nécessaire (35, 38, 39, 41), doivent donc être accompagnés :

- les mineurs (par leurs parents ou représentant légal) ;
- les patients atteints d'un trouble du jugement (par un tiers ou leur représentant légal) ;
- et les patients non francophones (par un traducteur) (7, 35).

Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médicale ne peuvent pas être éligibles à la chirurgie ambulatoire (35).

La durée du transport et la distance d'éloignement du lieu de résidence postopératoire par rapport à l'établissement de santé ne sont pas des facteurs d'exclusion.

Bien qu'il soit préférable que la durée de transport ne soit pas trop longue pour le confort du patient, une convention peut être formalisée afin de prévoir la prise en charge d'une éventuelle complication par un autre établissement de santé que celui où a été réalisée l'opération.

Le patient ne doit pas conduire après son intervention, et il est recommandé qu'il soit accompagné par un tiers lors du trajet retour (5, 7, 35, 38, 40-42).

29. ASA *Physical Status Classification System* : 1 : Patient normal ; 2 : Patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : Patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

L'accessibilité et l'équipement du domicile, ainsi que l'accès à un téléphone, sont également des éléments qui peuvent être considérés (5, 7, 35, 38-40, 54).

5.3 Choix du type d'anesthésie et acte chirurgical

Aucune stratégie spécifique n'est recommandée, tous les agents d'anesthésie peuvent être utilisés (7, 9). Il semble toutefois intéressant de privilégier des agents à délai d'action rapide, durée de vie courte et à effets secondaires réduits, en fonction du patient et de l'acte.

L'anesthésiste réanimateur doit pouvoir être joint en cas de survenue d'un événement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient (7).

Le choix du type d'anesthésie revient à l'anesthésiste en fonction des considérations chirurgicales, du patient, de son expérience ainsi que des caractéristiques de l'UCA (38).

L'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Après l'intervention, le patient passe par la salle de surveillance post-interventionnelle, puis dans la salle de repos postopératoire (38). Certains pays autorisent la mise en œuvre du *fast-tracking*, qui correspond à un contournement de la SSPI, pour certaines interventions dans le cadre de la surveillance anesthésique (9). Il est recommandé de ne pas dispenser d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie (7,42).

5.4 Anticipation des complications possibles

L'anticipation des étapes du chemin clinique est primordiale en chirurgie ambulatoire (48). Les complications à l'acte opératoire peuvent affecter la prise en charge en prolongeant la durée du séjour, retardant le retour à domicile, en augmentant le risque d'admission imprévue, et en diminuant la satisfaction du patient. L'équipe de l'UCA doit donc faire preuve d'anticipation afin de les limiter le plus possible.

5.4.1 Gestion des douleurs postopératoires

L'évaluation des éléments prédictifs de la douleur postopératoire et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile est réalisée au cours de la consultation spécialisée préopératoire (7). Les modalités de l'analgésie orale sont alors expliquées au patient et des ordonnances d'antalgiques peuvent y être remises, en précisant les horaires de prise et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire (7, 39, 55).

5.4.2 Prévention des nausées et vomissements postopératoires

Selon la SFAR : « *Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués. Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques* ».

« *Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements postopératoires* ».

« *Il est souhaitable que le traitement des nausées et vomissements postopératoires survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique* » (7).

5.4.3 Prévention thrombo-embolique

L'incidence globale de la maladie thrombo-embolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire. Les recommandations de la SFAR sont les suivantes :

« Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thrombo-embolique veineuse n'est pas systématique » ;
« Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace » (7).

5.5 Aspects logistiques

5.5.1 Information du patient et consultation pré-anesthésique

Le patient est un acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire (9). L'information du patient doit être précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge (7,42), et peut être complétée par un support écrit ou audiovisuel (5, 7, 38, 40-42, 50, 56).

La consultation pré-anesthésique est un impératif réglementaire en France et une étape importante de la dispensation d'information au patient (7). Elle est réalisée par un anesthésiste réanimateur impliqué dans la structure ambulatoire (7), préférentiellement par l'anesthésiste qui va réaliser l'anesthésie (52). Les informations nécessaires concernent (7, 35, 57) :

- le jeûne ;
- la gestion des traitements pris par le patient ;
- les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie ;
- les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ;
- les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ;
- les méthodes d'analgésie postopératoire ;
- les modes de recours en cas d'évènements non prévus ;
- les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.

Il doit être proposé au patient de poser toute question utile à sa compréhension (5, 7). L'information du patient permet de le préparer psychologiquement à la chirurgie, de lui indiquer les procédures pré et postopératoires, de minimiser les risques dans la période postopératoire, d'augmenter la satisfaction patient et de réduire son anxiété, d'obtenir son consentement éclairé, et d'éviter des annulations, des retards ou des réhospitalisations (5, 7, 35, 38, 40-42, 48, 50).

Les modalités de sortie doivent donc être explicitées aux patients, ainsi qu'aux accompagnants, et inscrites dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire (7, 40, 41, 52, 58).

La signature du patient d'un consentement éclairé, document récapitulatif, permet de l'impliquer, mais n'engage en aucun point sa responsabilité juridique (7). Il est également souhaitable d'assurer la traçabilité de l'information délivrée (7).

5.5.2 Appel dans les jours précédents l'intervention et du lendemain

L'appel de la veille (ou des jours précédents l'intervention) et l'appel du lendemain peuvent également être des moyens organisationnels de communication entre l'équipe et le patient (40, 48, 57).

Établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation lors de l'appel de la veille permet de réitérer les consignes (en particulier les règles du jeûne opératoire et la présence de l'accompagnant) et les conditions de l'hospitalisation, de confirmer l'hospitalisation et de limiter les annulations et les retards (non-présentation et/ou lorsque le patient n'est plus en état de se faire opérer) (7, 35).

L'appel du lendemain permet, lui, de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi (par exemple suivi des douleurs postopératoires, tolérance à la nourriture, capacité de déambulation, état d'anxiété) et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation (7, 38, 39, 41,49, 50, 59).

5.5.3 Programmation, vérification des dossiers et admission

Lorsque la décision d'opérer en mode ambulatoire est prise, une date et une heure spécifique doit être attribuée au patient (60). La programmation des patients est une clé essentielle de réussite de la chirurgie ambulatoire (48). Elle permet de faire arriver les patients de façon échelonnée et de désengorger les flux. Afin d'éviter tout retard, il est possible de faire arriver les deux premiers patients à la même heure, afin d'éviter qu'un patient ne se présentant pas ou en retard entraîne de dysfonctionnements au bloc opératoire (7). La programmation doit également permettre de minimiser les temps d'attente (50). Un système informatique adapté peut être un outil utile à la programmation (40).

La vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et faciliter ainsi la bonne marche de l'UCA (61). En effet, l'absence de certaines pièces dans le dossier du patient lors de l'admission à l'UCA est parfois susceptible d'entraîner l'annulation de l'intervention.

5.5.4 Continuité des soins

Coordination entre les différents acteurs

La coordination entre les différents acteurs autour du patient permet également d'assurer la fluidité des circuits du patient. Le médecin coordonateur est en charge de mettre en œuvre le règlement de fonctionnement de l'unité et de s'assurer que tous les acteurs l'appliquent (9, 41, 42). La coordination doit également être faite avec la médecine de ville dans le cadre de la continuité des soins.

L'équipe de l'UCA peut donc organiser, en amont, en collaboration avec la médecine de ville, le retour au lieu de résidence du patient et le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient (7, 48). Dans la mesure où la sortie du patient est anticipée, préparée avant même son entrée dans la structure, et fait partie des éléments

concourant à une meilleure qualité des soins, elle est optimisée par rapport à une prise en charge traditionnelle. La chirurgie ambulatoire ne suscite donc pas de demande de soins particuliers en postopératoire à domicile (9). Si des soins postopératoires apparaissaient nécessaires et prévisibles selon la procédure de sélection des patients en vue d'une prise en charge ambulatoire, alors la prise en charge ambulatoire serait de fait exclue car le patient aurait besoin du niveau de l'environnement d'une hospitalisation (9).

Procédure de sortie

Chaque patient doit recevoir un compte-rendu opératoire type et un bulletin de sortie avant son départ, signé par l'un des médecins, mentionnant les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, et indiquant un numéro d'urgence à joindre si besoin (9, 38, 39, 42, 50). Les procédures de contact sont multiples depuis la remise du numéro de portable personnel du chirurgien ou de l'anesthésiste, de celui d'un spécialiste de garde, d'un standard téléphonique jusqu'à une permanence infirmière qui trace et oriente l'appel tout en pouvant donner les réponses strictement soignantes ou des conseils pratiques. Dans tous les cas, l'organisation mise en place doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical (9).

L'autorisation de sortie est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné (38).

En France, l'article 8 de l'arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, impose la mise en place d'un document consignait l'organisation du secteur opératoire qui définit et précise « *les procédures et modalités d'entrée, de déplacement et de sortie du personnel et des patients* ».

La visite avant sortie du patient par l'anesthésiste doit donc être prévue et tracée (9). Si le patient n'est pas en mesure de sortir, alors il sera admis en hospitalisation complète (39).



Continuité des soins

La continuité des soins est nécessaire et précisée dans les recommandations en vigueur (39, 42, 57, 58). En France, il s'agit d'une obligation réglementaire (**article D. 6124-304 du CSP**). De plus, dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé (9).

5.5.5 Qualité

La mise en place d'une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire (incluant la définition des indicateurs d'analyse et de pilotage, et la réalisation de tableaux de bord) permet d'identifier les points critiques de ce chemin

clinique, et donc la mise en œuvre de plan d'amélioration (5, 7, 35, 38, 40).

Les indicateurs peuvent être des indicateurs cliniques, de satisfaction des patients et des équipes et/ou des indicateurs organisationnels (exemple : taux d'annulation, taux de retour au bloc opératoire, taux de transfert vers l'hospitalisation complète, taux de réhospitalisation, satisfaction du patient, etc.) (5, 40).

L'accréditation est l'évaluation dynamique et périodique par un organisme externe et indépendant des standards de qualité (évaluation de la structure, évaluation des process, et évaluation des résultats en particulier de la sécurité) (5, 38, 62). La nature de l'accréditation dépend du système de santé. Dans certains pays, son obtention est nécessaire au financement de l'UCA (5)³⁰.

30. Aux États-Unis, 85 % des UCA sont certifiées Medicare, et 43 États demandent aux UCAs d'être accréditées (35).

6. PLANIFICATION ET CONCEPTION D'UNE UCA

Une unité de chirurgie ambulatoire doit répondre à deux critères fondamentaux : d'une part offrir des services avec des standards élevés de qualité et de sécurité au moins égaux à ceux de l'hospitalisation complète et, d'autre part, être efficiente au niveau de la satisfaction des patients et au niveau financier (17).

6.1 Phase de planification

La phase de planification a pour objectif de justifier la bonne adéquation entre les besoins populationnels clairement définis et la capacité de les prendre en charge (9).

Lors de la création d'une UCA, les points suivants doivent être considérés.

- Tout d'abord, une réflexion sur le type de structure peut être menée (structure intégrée, autonome ou satellite) (17).
- La question de la multidisciplinarité de l'UCA peut être posée : une UCA multidisciplinaire pourrait bénéficier d'un nombre de patients plus large, alors qu'une UCA spécialisée aurait l'avantage de concentrer l'expertise et des équipements onéreux dans un seul lieu (17).
- Il est essentiel de réaliser une analyse pour identifier le nombre de patients potentiels, le nombre de procédures potentielles à réaliser sur une année, le *case-mix*³¹ (typologies des interventions), tout autre UCA potentiellement en compétition, ainsi qu'une étude démographique (17, 35) Une évaluation réglementaire peut être également nécessaire. Ces facteurs pourront permettre d'assurer la viabilité de l'UCA, de définir sa taille et de calculer le nombre de blocs opératoires nécessaires, de localiser de l'UCA au sein d'un bassin démographique suffisant pour assurer sa viabilité (17, 35). Le *turn-over* des patients (ou taux de rotation ie. rapport du nombre de patients par jour sur le nombre de places installées) dans une place d'ambulatoire a un impact sur l'évaluation du nombre de patients pris en charge par place installée et par an (9). Le NHS propose l'optimisation des blocs opératoires par un taux d'utilisation de 85 % (48, 49).
- Les besoins en équipement ainsi qu'en personnel peuvent être également évalués dès la planification initiale (35, 45).

- Enfin, à partir des informations collectées ci-dessus, une projection de tous les événements sur les cinq années à venir (nombre de patients potentiels, part de marché, *case-mix*, dépenses prévisionnelles pour l'infrastructure, l'équipement, les ressources humaines, la maintenance, budget, impact de l'UCA sur l'établissement de santé, etc.) peut être élaborée (9, 17, 35, 40). Plus les études épidémiologiques d'évolution de population et de taux d'attractivité et de fuite auront été prises en compte, plus l'adéquation avec le coût d'acquisition et de fonctionnement de la structure sera réalisée et plus le seuil minimal d'activité nécessaire sera ciblé (9).

6.2 Phase de conception

Il est conseillé que l'équipe menant le projet comprenne au moins un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier qui travailleront dans l'unité (17) et il est conseillé que cette équipe visite le plus possible d'UCA de types variés avant la conception de leur propre unité. Un pré-projet peut être défini en amont de l'intégration de l'architecte à l'équipe. Ce pré-projet permettra de définir les besoins de l'UCA et de l'équipe soignante.

La conception générale dans les grandes lignes ainsi que la description des flux sont des éléments importants à inclure dans la demande (17). Le nombre de salles opératoires, leur taille, ainsi que la nature et la taille des autres salles pourront alors être déterminés (17, 40). L'un des facteurs clés de réussite est de prévoir une conception aussi flexible que possible (40).

Lorsque l'UCA est construite *de novo*, avant de procéder à la conception intérieure, un certain nombre de points doivent être envisagés. Le site doit être assez grand pour accueillir l'UCA, en gardant une extension possible, avec un accès facile et un parking assez grand (17, 40). L'idéal est une UCA de plein pied (17). De même, il peut être décidé si l'on opte ou pas pour un système de blocs opératoires modulables. Lorsque l'UCA n'est pas construite *de novo* mais intégrée dans un ensemble de plusieurs étages, il semble important de prévoir un système d'ascenseurs et de monte-charge adéquat et un réseau de lumière approprié à des blocs opératoires (17).

31. Le *case-mix* désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical, « interventionnel » ou médical) et en volume (effectifs par GHM).

7. ÉVALUATION DES BÉNÉFICES ET DES RISQUES

Le pari de la chirurgie ambulatoire est de pouvoir proposer une modalité de prise en charge assurant la même procédure chirurgicale – et donc la même efficacité thérapeutique – de façon au moins aussi sûre et de meilleure qualité que la prise en charge en hospitalisation classique dans une durée de temps contrainte.

Les mesures traditionnelles de la sécurité et de la qualité en chirurgie et en anesthésie sont l'évaluation des taux de mortalité et de morbidité périopératoires. Ces critères de jugement sont également facilement applicables à la chirurgie ambulatoire.

Cependant, certains auteurs précisent que :

- ce sont des mesures approximatives qui ne reflètent pas nécessairement la qualité des soins, mais plutôt l'état de santé global de la population bénéficiant de la chirurgie ambulatoire (63, 64) ;
- si ces événements sont rares, leur quantification est difficile, et la rareté des complications sévères rend les études statistiquement significatives difficiles (65, 66) ;
- ces critères adoptent un point de vue médical. Il est désormais nécessaire de considérer également le point de vue du patient dans l'évaluation du bénéfice de la chirurgie ambulatoire (63).

Par conséquent, l'évaluation des bénéfices et des risques de la chirurgie ambulatoire portera d'une part sur l'évaluation des taux de mortalité, de morbidité et les complications postopératoires les plus fréquentes décrites dans la littérature et, d'autre part, sur des indicateurs d'évaluation de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, dont certains sont des indicateurs cliniques de qualité définis par l'*International Association for Ambulatory Surgery* et d'autres, comme les retards de sortie du patient, des indicateurs retrouvés fréquemment dans les données de la littérature. Il est à noter que cette évaluation concerne d'abord le patient sélectionné pour l'ambulatoire, et non l'évaluation du type d'actes éligibles.

La satisfaction des patients, son retour à une activité fonctionnelle normale, son recours au système de soins et le point de vue des professionnels de santé font également l'objet d'un état des lieux des données publiées.

En revanche, les indicateurs organisationnels tels que le délai d'attente entre la décision opératoire et la programmation de l'intervention et l'annulation avant la venue du patient n'étant pas liés à la réalisation de l'acte mais à sa non-réalisation, ces derniers ne seront pas évalués dans cette analyse.

De plus, en France, l'activité ambulatoire est majoritairement réalisée dans des centres intégrés. L'évaluation de la sécurité au bloc opératoire est donc d'une grande complexité, et ne fera pas l'objet d'une évaluation dans le cadre de ce rapport.

Enfin, il serait nécessaire de mettre en perspective les indicateurs recueillis dans le cadre de la chirurgie ambulatoire à ceux recueillis dans le cadre de l'hospitalisation traditionnelle. Néanmoins, la rareté des données comparatives limite cette portée.

7.1 Risques médicaux

7.1.1 Mortalité et morbidité majeures

Neuf études observationnelles, publiées entre 1980 et 2012, ont été sélectionnées pour l'évaluation de la mortalité et de la morbidité majeure de la chirurgie ambulatoire. Toutes évaluaient ce risque pour un ensemble varié de procédures chirurgicales. Le nombre de procédures analysées variait de 6 000 à 2 316 249. Le délai de recueil de l'information ou de suivi des patients s'étendait de 72 heures à 60 jours (cf. Tableau 8).

- cinq études identifiaient la survenue d'évènements graves à partir de bases de données, de registres ou de systèmes d'information et de surveillance ; trois prospectivement (67-69), deux rétrospectivement (70, 71) ;
- quatre études étaient des cohortes prospectives (72-75).

Aucune de ces études ne comparait l'incidence de ces évènements à ceux retrouvés en hospitalisation classique. Une seule étude comparait l'incidence de ces évènements à ceux rapportés dans la population générale (73).

Le type de structure était précisé pour huit études, mais la description était incomplète.

Données de mortalité

Ces études indiquaient que le taux de mortalité était rare. Seules quatre études identifiaient des cas de décès :

- l'étude observationnelle menée par Warner *et al.* en 1993, et suivant prospectivement 38 598 patients ayant bénéficié de 45 090 interventions en ambulatoire pendant 30 jours, identifiait quatre décès. Deux patients sans antécédent de coronaropathie et ayant un statut ASA de grade 2 étaient décédés au 7^e jour postopératoire, après un infarctus du myocarde survenu pour l'un en peropératoire et pour l'autre au 4^e jour. Deux patients étaient décédés dans un accident automobile dans les 48 heures suivant l'intervention. L'imputabilité des complications à la pratique n'était pas précisée (73) ;
- l'étude rétrospective danoise menée par Engbaek *et al.* analysait 13 907 procédures (hors avortement) à partir de dossiers hospitaliers nationaux. Elle relevait un taux de mortalité plus élevé : dix patients étaient décédés durant les 60 jours qui avaient suivis l'intervention, mais si aucun des décès n'était directement imputable à la procédure chirurgicale, trois d'entre eux étaient néanmoins possiblement reliés à l'intervention (71) ;
- l'étude menée en Floride par Vial *et al.* montrait une augmentation du risque de mortalité en fonction de la structure dans laquelle était réalisé l'acte. Le taux de décès observé pour 100 000 interventions était de 9,2 dans les cabinets de ville appelés *offices* (pratique non autorisée en France) alors qu'il était de 0,78 dans les centres de chirurgie ambulatoire (70) ;
- l'étude menée par Majholm *et al.* au Danemark analysait 57 709 procédures dans huit centres sur une période de trois ans à partir de dossiers hospitaliers nationaux. Cette étude identifiait les décès et leur cause par le registre danois des causes de décès. Vingt-quatre décès sont survenus dans les 30 jours suivant les interventions, mais seuls cinq d'entre eux étaient possiblement ou probablement liés à l'intervention. Aucun décès en lien étroit avec l'intervention en ambulatoire n'était identifié (69).

Données de comorbidités majeures

La définition de la comorbidité majeure n'est pas homogène selon les études. Elle était définie comme la survenue d'un événement malencontreux lié à la procédure en ambulatoire, avec la possibilité d'un préjudice grave au cours des deux semaines suivant l'opération, dans deux articles (72,74). Warner *et al.* utilisaient les critères développés par Hosking *et al.* (73). Majholm *et al.* définissaient les morbidités majeures par la survenue des pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde, stase pulmonaire, sepsis, pneumonie et ulcère gastro-duodéal (69).

Ces quatre études indiquaient que le taux de morbidité sévère était rare :

- Warner *et al.* identifiaient une morbidité majeure pour 31 patients (1 pour 1 455 interventions). Il s'agissait des complications suivantes :
 - infarctus du myocarde pour 14 patients (1 pour 3 220 interventions) ;
 - déficit du système nerveux central pour 7 patients (1 pour 6 441 interventions) ;
 - embolie pulmonaire pour 5 patients (1 pour 9 018 interventions) ;
 - détresse respiratoire pour 5 patients (1 pour 6 441 interventions).
- Ajustée sur l'âge et le sexe, l'incidence des infarctus du myocarde et des embolies pulmonaires était plus basse que celle attendue dans la population générale (73).
- Natof *et al.* et Osborne *et al.* dénombraient respectivement 106 et 103 patients ayant développé une comorbidité majeure (soit respectivement 0,79 % et 1,7 %) (72,74).
 - Majholm *et al.* identifiaient les complications suivantes (69) :
 - œdème pulmonaire avec insuffisance respiratoire pour 1 patient ;
 - ulcère gastro-duodéal pour 1 patient ;
 - arthrite septique pour 5 patients ;
 - thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire pour 12 patients.

La définition de la comorbidité majeure n'était pas précisée dans les autres articles.

Shnaider *et al.* estimaient dans une analyse de la littérature portant sur l'évaluation de divers critères de jugement de la chirurgie ambulatoire que :

- l'incidence approximative des évènements cardiovasculaires intraopératoire était de 2,0 %. Les anomalies de la pression artérielle et les troubles du rythme étaient les évènements les plus fréquents, survenant principalement chez les patients avec des antécédents de pathologies cardio-vasculaires ou les personnes âgées ;
- l'incidence approximative des évènements pulmonaires était de 0,1 %, de type laryngospasme,

bronchospasme avec ou sans désaturation en oxygène, apnée, pneumopathie d'inhalation, pneumothorax et œdème pulmonaire. Les délais de survenue de ces évènements ne sont pas précisés ;

- les évènements liés à l'intubation sous anesthésie générale comme les difficultés d'intubation, l'intubation œsophagienne, les dents cassées, survenaient avec une incidence de 0,2 à 0,5 % (63).

Cette revue ne rapporte néanmoins pas les incidences de ces évènements observées dans le cadre de l'hospitalisation classique.

Tableau 8. Description des études observationnelles de grand effectif rapportant les taux de mortalité et de morbidité majeures suite à une chirurgie ambulatoire.

Auteurs	Date	Recueil	Effectif	Structure ambulatoire	Durée du suivi	Taux de mortalité	Taux de morbidités majeures
Natof <i>et al.</i> (72)	1980	Prospectif Cohorte	13 433	Indépendante	2 semaines	(0 patients)	0,79 % (106 patients), pour causes : <ul style="list-style-type: none"> • hémorragiques : 74 patients • infectieuses : 10 patients • autres : 22 patients
Duncan <i>et al.</i> (67)	1992	Prospectif Système de surveillance	6 914	Indépendante	72 heures	(0 patients)	0,4 % passage en soins intensifs (3 patients)
Warner <i>et al.</i> (73)	1993	Prospectif Cohorte	38 598	Imprécis	30 jours	1 : 11 273 (4 patients)	0,07 % (31 patients)
Osborne <i>et al.</i> (74)	1993	Prospectif Cohorte	6 000	Autonome	72 heures	(0 patients)	1,7 % (103 patients), pour causes : <ul style="list-style-type: none"> • chirurgicales : 57 patients • anesthésiques : 34 patients • médicales : 12 patients
Mezei <i>et al.</i> (68)	1999	Prospectif Base de données administrative	17 638	Indépendante	30 jours	(0 patients)	Taux de réadmission : 1,1 % dont 0,15 % seulement sont associés à la chirurgie (25 patients) ou pour cause médicale (1 patient)
Vila <i>et al.</i> (70)	2003	Rétrospectif Système de surveillance	Offices : 141 404 Indépendante : 2 316 249	Offices et Indépendante	Imprécis	Offices : 9,2 : 100 000 Indépendante : 0,78 : 1 00 000	Offices : 0,07 % Indépendante : 0,0053 %
Engbaek <i>et al.</i> (71)	2006	Rétrospectif Registre	13 907	Indépendante	60 jours	(10 patients)	0,82 % (117 patients)
Mattila <i>et al.</i> (75)	2009	Prospectif Cohorte	7 915 84 % en chirurgie ambulatoire 16 % en <i>short stay</i>	Ambulatoire et <i>short stay</i>	28 jours	(0 patients)	2 embolies pulmonaires
Majholm <i>et al.</i> (69)	2012	Rétrospectif Registre	57 709	Indépendante (8 centres)	30 jours	Liens de causalité entre l'acte et le décès : <ul style="list-style-type: none"> • absolu : 0 patients • probable : 3 patients • possible : 2 patients 	Causes de retour à l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> • hémorragie/hématome : 0,5 % • infection : 0,44 % • évènement thrombo-embolique : 0,03 %

Risque thrombo-embolique

L'analyse spécifique du risque thrombo-embolique en chirurgie ambulatoire n'était réalisée dans aucune des études remplissant les critères de sélection définis.

Des données cliniques étaient néanmoins disponibles dans cinq des études observationnelles sélectionnées pour l'évaluation du risque de comorbidités majeures :

- dans l'étude de cohorte prospective menée par Warner *et al.* en 1993, une embolie pulmonaire a été diagnostiquée chez 5 patients dans les 30 jours qui ont suivis les 45 090 interventions réalisées (73) ;
- dans l'étude menée par Mezei *et al.* en 1999, une embolie pulmonaire était identifiée dans les 30 jours qui ont suivi les 17 638 interventions réalisées (68) ;
- dans l'étude menée par Engbaek *et al.* en 2006, l'analyse rétrospective des complications retrouvées à partir de dossiers hospitaliers nationaux de 16 048 patients dénombrait six événements thrombo-emboliques veineux (0,4 %), dont deux embolies pulmonaires dans les 60 jours qui suivaient les interventions. Les interventions concernées par ces événements étaient une cure de hernie, une arthroscopie du genou, une plastie tubaire, une excision de tumeur sous-cutanée et une excision d'exostose. Les facteurs favorisants n'étaient pas analysés (71) ;
- l'étude menée en 2009 par Mattila *et al.* identifiait la survenue de 2 embolies pulmonaires dans les 28 jours postopératoires des 7 915 interventions réalisées en ambulatoire et en courte hospitalisation *short stay* (75) ;
- l'étude menée par Majholm *et al.* identifiaient, pour 57 709 procédures, 2 thrombophlébites superficielles, 9 thromboses veineuses profondes et 3 embolies pulmonaires (soit 0,03 % d'événements thrombo-emboliques) (69).

Le risque apparaît donc extrêmement faible, inférieur à celui de la chirurgie générale puisque le risque thrombo-embolique actuel estimé, dans les trois mois qui suivent une intervention chirurgicale, est proche de 1 % pour les événements symptomatiques, sur une moyenne de toutes les procédures (76). Engbaek *et al.* soulignaient

néanmoins que l'incidence retrouvée dans leur étude était plus élevée que celle retrouvée dans la population générale (71).

La SFAR estime que l'incidence globale de la maladie thrombo-embolique veineuse semble globalement faible (7).

Comme pour toute intervention chirurgicale, elle recommande d'évaluer la prévention thrombo-embolique veineuse, en prenant en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie (*cf.* Aspects médicaux – Anticipation des complications possibles).

7.1.2 Infections associées aux soins

Un des bénéfices fréquemment avancé de la chirurgie ambulatoire est la réduction du nombre d'infections associées aux soins. Les infections du site opératoire (ISO) en représentent une cause majeure (77).

Quatre études observationnelles prospectives comparatives ont été sélectionnées pour évaluer la diminution du risque d'infections liées aux soins après une chirurgie ambulatoire. Trois ont été menées en France, dans le cadre du programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire des services de chirurgie de l'interrégion Nord (INCISO) (78-80) et l'autre en Allemagne dans le cadre de l'évaluation d'un système de surveillance des infections du site opératoire allemand (système AMBU-KISS) (81).

- Le réseau INCISO identifie les ISO pour tout type d'intervention et quel que soit le mode de prise en charge, ambulatoire ou traditionnel, jusqu'au 30^e jour après l'intervention. Après la sortie des patients du service, un double du questionnaire est conservé dans le dossier et complété lorsque le patient revient en consultation ou lors d'une réhospitalisation³³. Les analyses bivariées menées dans ces trois études faisaient apparaître la chirurgie ambulatoire comme un facteur protecteur de la survenue d'ISO (risque relatif de 0,16 à 0,20 ; borne supérieure de l'intervalle de confiance à 95 % inférieure à 1) (*cf.* Tableau 9). L'analyse menée en 2009 ne retenait pas la chirurgie ambulatoire comme une des variables finales du modèle multivarié d'identification des facteurs de

33. <http://www.cclinparisnord.org/Inciso/INCISO.html>

risque d'ISO. Ces résultats sont possiblement biaisés par la différence de suivi des patients en fonction du mode de prise en charge. Trente-cinq à 45 % des patients en fonction des années de l'étude n'étaient pas revus dans les 30 jours qui suivaient l'intervention (cf. Tableau 9).

- Dans le cadre de l'évaluation d'un système de surveillance des infections du site opératoire allemand (système AMBU-KISS), les taux d'infections du site opératoire observés en ambulatoire ont été comparés à ceux observés en chirurgie classique, pour des patients à faible risque de survenue d'infections nosocomiales (catégorie 0 de la classification du *National*

Tableau 9. Résultats des études INCISO des années 2001, 2004 et 2009 menées en France dans le cadre du programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire des services de chirurgie de l'interrégion Nord.

Année	Chirurgie ambulatoire	Nombre d'interventions	Nombre d'ISO	Taux d'infections pour 100 opérés	Risque relatif	IC 95 %	% de patients suivis après 30 jours
2001	Non	26 025	736	2,8 %	-	-	54,2 %
	Oui	4 406	26	0,6 %	0,2	[0,1 - 0,3]	
2004	Non	26 533	544	2,0 %	-	-	
	Oui	4 413	22	0,5 %	0,2	[0,2 - 0,4]	54,6 %
2009	Non	801 069	10 731	1,34 %	-	-	
	Oui	222 369	480	0,22 %	0,16	[0,15 - 0,17]	65,4 %

Nosocomial Infections Surveillance Systems), pour trois procédures indicatrices. Ce système de surveillance se base sur la déclaration par le chirurgien ou le médecin généraliste du patient, par renvoi d'un questionnaire, de la survenue d'une infection du site opératoire ou de contamination de la plaie dans les 30 jours qui suivent l'intervention. Aucune différence significative dans le nombre d'infections du site opératoire n'a été mise en évidence (cf. Tableau 10) (81).

Aucune autre étude comparative du taux d'infections associés aux soins, à patients égaux par ailleurs, n'a été identifiée. Le bénéfice pour le patient de la chirurgie ambulatoire en termes de diminution des infections associées aux soins est néanmoins probable puisque :

- d'une part, le risque d'infections associées aux soins augmente avec la durée de l'hospitalisation (82). Une sortie précoce du patient, le jour même de son intervention, réduit donc la probabilité d'être exposé au risque d'infections associées aux soins ;
- d'autre part, le risque d'ISO augmente avec le risque de contamination exogène lors des interventions prolongées exposant plus longtemps les tissus (83). L'utilisation de techniques mini-invasives en chirurgie ambulatoire diminue donc probablement le risque d'infections du site opératoire.

Tableau 10. Résultats de la comparaison des taux d'infections du site opératoire (ISO) en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle (score NNIS 0) pour trois interventions traceuses obtenus dans le cadre du système de surveillance des infections du site opératoire allemand (AMBU-KISS)

Procédure	Nombre d'interventions	Nombre d'ISO	Taux d'ISO %	p
Hernies inguinales				
Hospitalisation classique	17 116	134	0,78	0,4895
Ambulatoire	3 094	20	0,65	
Arthroscopie du genou				
Hospitalisation classique	15 896	17	0,11	0,8323
Ambulatoire	7 931	7	0,09	
Ligature de veine				
Hospitalisation classique	2 656	17	0,64	0,1556
Ambulatoire	5 020	19	0,38	

7.1.3 Symptômes postopératoires indésirables

Un des bénéfices fréquemment avancé de la chirurgie ambulatoire est l'amélioration de la qualité des soins, en permettant la sortie du patient le jour même de son intervention dans un état clinique satisfaisant. Même s'ils sont le plus souvent sans gravité, ce bénéfice peut être remis en cause par la survenue de symptômes postopératoires indésirables.

De plus, certains auteurs prédisent une augmentation de la morbi-mortalité liée à l'augmentation du volume des interventions réalisées en ambulatoire, à l'élargissement des critères de sélection et à l'augmentation de la technicité des interventions (84).

Douleurs postopératoires

Fréquence de la douleur postopératoire

Treize études observationnelles relevant la fréquence de la douleur postopératoire ont été sélectionnées. Toutes étaient des études prospectives, douze étaient non interventionnelles, une était évaluative (cf. Tableau 11). Aucune de ces études ne comparait les fréquences identifiées en chirurgie ambulatoire à celles retrouvées en hospitalisation classique.

Les effectifs analysés dans ces études s'étendaient de 76 à 5 703 patients.

Tableau 11. Description des études observationnelles évaluant la fréquence des douleurs postopératoires, suite à une chirurgie ambulatoire.

Auteurs	Date de publication	Effectif	Type d'étude	Modalité d'évaluation de la douleur	Temps d'évaluation	Taux
Chung <i>et al.</i> (117)	1996	1 017	Prospectif	Appel téléphonique ; questionnaire en oui/non	J1	Douleur à l'incision : 26,9 %
Chung <i>et al.</i> (90)	1997	3 729	Prospectif	Consommation d'analgésiques à J0 Appel à 24 h ; évaluation imprécise	J0 (SSPI, UCA)	Douleur sévère : 5,3 %
Rawal <i>et al.</i> (86)	1997	1 100	Prospectif	Questionnaire à renvoyer de J2, items ; 5 modalités de réponse (absence, légère, modérée, sévère, insupportable)	J2	Douleur sévère dans les 24 h : 7 à 10 %
Beauregard <i>et al.</i> (87)	1998	89	Prospectif	Questionnaire autoadministré : échelle verbale numérique de 0 à 10 Certains items des questionnaires reprennent des items des : • <i>Brief Pain Inventory</i> • <i>Patient Outcome Questionnaire</i> • <i>Barriers Questionnaire</i> Consommations d'analgésiques	J0 J1 J2 J7	Douleur modérée à sévère : • 42 % pendant l'hospitalisation • 40 % dans les 24 h
MacIntosh <i>et al.</i> (88)	1998	430	Prospectif	Questionnaire envoyé : échelle en 6 items (absence, juste décelable, inconfortable, sévère, très sévère, insupportable) Expérience de la douleur ou sensation d'inconfort : oui/non Douleur plus importante qu'attendue ? oui/non À provoqué de l'inquiétude ? oui/non Douleur dans la nuit qui a suivi ?	Imprécis	Douleur insupportable : 17 à 20 %
Pavlin <i>et al.</i> (93)	2002	1 775	Prospectif	Entretien ; échelle verbale numérique de 0 à 10	J0 (SSPI, UCA)	Douleur sévère : 19 % après chirurgie
McGrath <i>et al.</i> (92)	2004	5 703	Prospectif	Appel téléphonique ; échelle verbale numérique	J1	Douleur modérée à sévère : 30 %

suite du tableau page suivante

Auteurs	Date de publication	Effectif	Type d'étude	Modalité d'évaluation de la douleur	Temps d'évaluation	Taux
Pavlin <i>et al.</i> (89)	2004	175	Prospectif	Appel téléphonique ; échelle verbale numérique de 0 à 10	J1 J2	Douleur dans les 24h : • Modérée à sévère : 60 % • Sévère : 20 %
Mattila <i>et al.</i> (96)	2005	2 754	Prospectif	Questionnaire envoyé : échelle en 4 items (absence, légère, modérée, sévère)	J0 J1 J3J7	Douleur pour les : • 2 144 adultes : 57 % • 588 enfants : 35 %
Gramke <i>et al.</i> (91)	2007	648	Prospectif	Entretien à J0 puis appels téléphoniques ; échelle visuelle analogique/ échelle verbale numérique de 0 à 10	J0 J1 J2 J3 J4	Douleur modérée à sévère : 21 %
Ismail <i>et al.</i> (94)	2007	76	Prospectif	Appel téléphonique à J1 ; échelle verbale numérique de 0 à 10	J0 (rétrospectivement) J1	< 24h : douleur • Modérée : 30 % • Sévère : 10,5 % > 24 h : douleur • Modérée : 27 % • Sévère : 3 %
Rosén <i>et al.</i> (95)	2011	230 à 50	Prospectif	2 Questionnaires remis à la sortie ; 1 envoyé par courrier à 3 mois ; <i>Brief Pain Inventory Short Form (BPI-SF)</i> Procédure de rappel téléphonique en absence de réponse	J2 J7 M3	Douleur modérée à sévère : • J2 : 55 % • J7 : 43 % • M3 : 34 %
Lemarie <i>et al.</i> (85)	2011	531	Prospectif Évaluative*	Appel téléphonique ; échelle verbale numérique	J1	Douleur modérée à sévère : 28 %

* Évaluation de la fréquence de la douleur en fonction du moment de délivrance de l'ordonnance d'antalgiques.

.....

L'évaluation de la douleur postopératoire était l'objectif principal de l'étude pour onze d'entre elles (85-95).

L'utilisation d'échelles de score de la douleur validées, de type échelle visuelle analogique (EVA), échelle verbale numérique (EVN) ou échelle numérique de la douleur évaluant l'impact sur les fonctions journalières (*Brief Pain Inventory Short Form*) était retrouvée dans huit études.

Une étude n'évaluait la douleur qu'en postopératoire immédiat, avant la sortie du patient ; cinq l'évaluaient dans les 24 premières heures ; deux dans les 48 premières heures ; une à 48 heures et au-delà et trois au-delà. Le moment de l'évaluation de la douleur était imprécis dans une étude.

La fréquence de la douleur postopératoire, rapportée dans ces différentes études, était approximativement de 25 % à 40 % pour la douleur modérée à sévère et de 5 à 20 % pour la douleur sévère.

Plus spécifiquement, la douleur à domicile était la complication la plus fréquemment rencontrée après une intervention chirurgicale en ambulatoire pour les adultes (87, 89, 90, 96).

Ce symptôme persistait dans les jours qui suivaient, puisque respectivement 95 %, 83 % et 64 % des patients avaient ressenti une douleur au niveau de l'incision à 24 heures, à 48 heures et au 7^e jour de l'intervention (87).

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans une revue systématique de 13 études observationnelles de 1966 à janvier 2000, réalisée par Wu *et al.* La douleur postopératoire était le symptôme le plus fréquent, retrouvée chez 45 % (étendue : 6 à 95 %) des 7 675 patients ayant bénéficié de la chirurgie ambulatoire (médiane de surveillance des patients : 1 jour ; extrêmes : 1 – 21 jours) (97).

Conséquences de la douleur postopératoire

Vingt-sept études rapportant la douleur postopératoire comme un facteur altérant la prise en charge en ambulatoire ont été sélectionnées. Toutes étaient des études observationnelles.

La persistance de douleur postopératoire a été retrouvée comme un facteur :

- d'augmentation des délais en SSPI et dans l'UCA dans 6 études (90, 93, 98-101) ;
- d'augmentation du taux d'admission dans 9 études (74, 75, 93, 98, 102-106) ;
- d'augmentation du taux de réadmission dans 3 études (64, 107, 108) ;
- d'augmentation du taux de consultation extrahospitalière dans 2 études (92, 109) ;
- d'insatisfaction dans 7 études (87, 109-114) ;
- de diminution des activités dans 5 études (87, 89, 95, 115, 116) ;
- de troubles du sommeil dans 1 étude (89).

Facteurs prédictifs de la douleur postopératoire

Six études observationnelles recherchant les facteurs prédictifs de la douleur postopératoire ont été identifiées (87, 90, 92, 96, 118, 119). Seule une des ces études faisait appel à un modèle multivarié de type régression logistique avec sélection par procédure ascendante des variables incluses dans le modèle final (119). Les résultats obtenus le jour de l'intervention et le lendemain sont détaillés dans le Tableau 12.

L'absence d'ajustement sur de potentiels facteurs de confusion limite l'interprétation des principaux facteurs prédictifs retrouvés dans les autres études. Sont retrouvés :

- le type de chirurgie (90, 92, 96) ;
- le type d'anesthésie (90) ;
- la durée de l'intervention (90, 96, 118) ;
- le contrôle insuffisant de la douleur dans les premières heures suivant la chirurgie (87) ;
- le sexe féminin (96) ;
- l'âge (96).

Tableau 12. Facteurs associés à la douleur postopératoire (définie par une échelle visuelle analogique > 40 mm) le jour de l'intervention et le lendemain selon Gramke *et al.*, 2009 - résultats issus du modèle logistique multivarié (119).

	Jour de l'intervention N = 644	J1 N = 581
	OR [IC 95%]	OR [IC 95%]
Niveau d'anticipation de la douleur		
Intermédiaire vs mineur	1,4 [0,9 - 2,2]	2,0 [1,2 - 3,3]
Âge		
< 45 vs 60 +	1,4 [0,8 - 2,5]	2,8 [1,5 - 5,5]
45-59 vs 60 +	1,0 [0,6 - 1,8]	2,0 [1,0 - 3,9]
Sexe		
Féminin vs masculin	0,9 [0,6 - 1,4]	1,2 [0,7 - 2,0]
Niveau d'éducation		
Bas vs élevé		2,5 [1,3 - 4,8]
Moyen vs élevé		1,5 [1,3 - 2,9]
Douleur préopératoire		
Oui vs non	3,1 [2,0 - 4,9]	3,6 [2,1 - 6,2]
Anesthésie		
Régionale vs générale	0,4 [0,2 - 0,6]	-
Douleur attendue (VAS < 40 mm)		
Oui vs non	2,1 [1,4 - 3,2]	2,4 [1,5 - 3,9]
Aire sous la courbe associée au modèle	0,77	0,79

Recommandations actuelles de prise en charge de la douleur postopératoire

La prise en charge attentive de la douleur postopératoire pour une intervention en ambulatoire a déjà fait l'objet de recommandations de la part des sociétés savantes. Il est en effet recommandé que l'évaluation des éléments prédictifs de la douleur postopératoire et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile soit réalisée au cours de la consultation spécialisée préopératoire (7). Les modalités de l'analgésie orale doivent alors être expliquées au patient, et des ordonnances d'antalgiques peuvent y être remises, en précisant les horaires de prise et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire (cf. « Aspects médicaux – Anticipation des complications possibles ») (7, 39, 55).

Nausées et vomissements postopératoires

Fréquence des nausées et vomissements postopératoires

Sept études observationnelles relevant la fréquence des nausées et des vomissements postopératoires en chirurgie ambulatoire ont été sélectionnées. Toutes étaient des études prospectives (cf. Tableau 13). Aucune de ces études ne comparait les fréquences identifiées à celles retrouvées en hospitalisation classique.

Les effectifs analysés dans ces études s'étendaient de 175 à 17 638 patients.

L'objectif principal de ces études était l'analyse des nausées et vomissements postopératoires pour deux études (120, 121).

Tableau 13. Description des études observationnelles évaluant la fréquence des nausées et vomissements postopératoires, suite à une chirurgie ambulatoire.

Auteurs	Date de publication	Effectif	Temps d'évaluation	Taux global
Chung <i>et al.</i> (117)	1996	1 017	J1	7,1 %
Rawal <i>et al.</i> (86)	1997	1 035	J2	21 %
Sinclair <i>et al.</i> (120)	1999	17 638	SSI et UCA	4,6 %
Chung <i>et al.</i> (100)	1999	16 411	SSI et UCA	7,2 %
Pavlin <i>et al.</i> (89)	2004	175	J0, J1, J2	46 %
Mattila <i>et al.</i> (96) (96)	2005	2 754	J0, J1, J3, J4	Nausées : 21 % Vomissements : 6 %
Parra-Sanchez <i>et al.</i> (121)	2011	100	J0, J1, J3	J0 : 37 % J1 : 42 % J3 : 49 %

Il existe une grande hétérogénéité dans les incidences retrouvées, également soulignée dans la revue systématique de 12 études observationnelles, publiée entre 1966 et janvier 2000, réalisée par Wu *et al.* En agrégeant les données, ces derniers retrouvaient ce symptôme chez 17 % (étendue : 0 à 55 %) des 5 500 patients opérés en ambulatoire (médiane de surveillance des patients : 1 jour ; extrêmes : 1 – 7 jours) (97).

Les nausées et vomissements postopératoires étaient particulièrement rapportés dans la période postopératoire immédiate (89, 97, 100, 120, 121), mais étaient également retrouvés après la sortie du patient (86, 89, 117, 121).

Conséquences des nausées et vomissements postopératoires

L'*International Association for Ambulatory Surgery* souligne que :

- les nausées et vomissements postopératoires sont une des expériences les plus déplaisantes de l'anesthésie (17) ;
- bien que le plus souvent mineurs, les vomissements peuvent être associés à de sérieuses complications : ils augmentent le risque de pneumopathie

d'inhalation, de déhiscence de la suture, de rupture de l'œsophage, d'emphysème sous-cutané et de pneumothorax bilatéral (17).

Les nausées et vomissements postopératoires étaient identifiés dans onze études observationnelles comme un facteur :

- d'augmentation des délais en SSPI et en UCA (dans 6 études) (98-101, 121, 122) ;
- d'augmentation du taux d'admission (dans 5 études) (74, 102, 103, 105, 115) ;
- d'augmentation du taux de réadmission (dans 1 étude) (122) ;
- d'insatisfaction (dans 2 études) (110, 121).

Facteurs prédictifs des nausées et vomissements postopératoires

Deux études observationnelles, recherchant les facteurs prédictifs des nausées et vomissements postopératoires, ont été sélectionnées (96, 120). Seule une de ces études faisait appel à un modèle multivarié de type régression logistique, avec sélection par procédure descendante des variables incluses dans le modèle final (120). Les résultats sont détaillés dans le Tableau 14.

Tableau 14. Facteurs associés aux nausées et vomissements postopératoires le jour de l'intervention selon Sinclair *et al.* – résultats issus du modèle logistique multivarié (120).

	Sinclair <i>et al.</i> N = 17 638
	OR [IC 95%]
Âge (unité de 10 ans)	0,87 [0,8 – 0,9]
Sexe (masculin vs féminin)	0,36 [0,3 – 0,5]
Tabac (oui vs non)	0,66 [0,5 – 0,9]
Antécédent de NVPO	3,13 [2,1 – 4,6]
Durée de l'anesthésie (unité de 30 min)	1,59 [1,4 – 1,8]
Anesthésie générale	10,6 [6,7 – 16,7]
Procédure chirurgicale	
Plastique	6,68 [3,5 – 12,6]
Orthopédique (épaule)	5,91 [3,4 – 10,3]
Ophtalmologique	5,85 [3,8 – 9,0]
ORL	4,39 [2,1 – 9,2]
Gynécologique	3,31 [2,3 – 4,8]
Orthopédique (genou)	2,82 [1,9 – 4,2]
Orthopédique (autre)	2,57 [1,5 – 4,4]
Aire sous la courbe associée au modèle	0,785

Les résultats obtenus dans l'étude menée par Mattila *et al.*, quoique non ajustés, retrouvent les facteurs prédictifs suivants (96) :

- nausées : anesthésie générale, jeune âge, durée de la chirurgie, sexe féminin ;
- vomissements : anesthésie générale, sexe féminin.

À l'exception de l'âge, les facteurs identifiés dans ces deux études sont similaires à ceux retrouvés dans l'analyse de la littérature, menée par Gan *et al.*, des facteurs de risque postopératoires des nausées et vomissements chez l'adulte, toute modalité de prise en charge confondue (123).

Recommandations actuelles de prise en charge des nausées et vomissements postopératoires

Pour la SFAR, « Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués. Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques ».

« Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements postopératoires ».

« Il est souhaitable que le traitement des nausées et vomissements postopératoires survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique » (7).

Rétention urinaire

Deux études prospectives évaluatives ont été sélectionnées pour analyser le risque de rétention urinaire après une chirurgie ambulatoire (124, 125).

Ces études étaient réalisées sur 324 patients pour l'une, et sur 334 patients pour l'autre.

Les évaluations portaient sur les stratégies de prise en charge des patients, afin de réduire ce risque.

L'incidence rapportée de la rétention urinaire après une chirurgie ambulatoire était de 0,5 % chez les patients à bas risque et de 5 % chez les patients à haut risque (124, 125).

Il n'existe actuellement pas de recommandations particulières des sociétés savantes pour la prévention du risque de rétention urinaire pour les interventions en ambulatoire.

Autres événements périopératoires indésirables

La littérature scientifique fait état d'autres effets indésirables en postopératoire : la somnolence, les vertiges, les maux de tête non spécifiques, les maux de tête secondaires à une anesthésie spinale, l'asthénie, les myalgies et les maux de gorge.

Aucune étude sélectionnée ne compare les fréquences de ces événements retrouvés en ambulatoire et celles retrouvés en hospitalisation classique.

Pour l'évaluation de leur fréquence, la revue de la littérature menée par Wu *et al.* a été retenue (97). Les résultats sont présentés dans le Tableau 15.

Il existe une grande hétérogénéité dans les incidences des effets indésirables.

Elle peut s'expliquer par les différences dans :

- les méthodes d'évaluation des patients, en termes d'outils et de périodes de recueil ;
- les caractéristiques de la population des patients ;
- le type de chirurgie et de techniques anesthésiques ;
- le type de structure ambulatoire.

7.1.4 Conduite automobile après une intervention en ambulatoire

Deux études, rapportant l'existence d'un risque lié à la conduite automobile après une intervention en ambulatoire, ont été sélectionnées (126, 127). Il s'agissait :

- d'une étude non randomisée comparant 20 patients après une chirurgie du genou sous arthroscopie à 20 témoins sains. Cette étude montrait que le niveau de vigilance était plus bas, et qu'une altération des capacités à conduire perdurait deux heures après l'intervention. Il n'existait plus de différence entre les phases préopératoires et postopératoires 24 heures après (126) ;

Tableau 15. Incidences des symptômes postopératoires observés en chirurgie ambulatoire d'après la revue de la littérature d'études observationnelles d'après Wu *et al.* 2002 (97).

Symptôme	Effectif	Nombre d'études	Médiane de délai de suivi en jours (étendue)	Incidence globale (étendue)
Somnolence	3 077	7	1	42 % (11 - 62 %)
Vertiges	3 389	7	1 (1 - 7)	18 % (7 - 41 %)
Maux de tête non spécifiques	5 540	15	1 (1 - 7)	17 % (2 - 30 %)
Maux de tête secondaire à une anesthésie spinale	1 271	8	7 (3 - 7)	9 % (1 - 37 %)
Asthénie	2 635	3	1 (1 - 2)	21 % (19 - 54 %)
Myalgie	3 339	3	3 (1 - 7)	31 % (9 - 47 %)
Maux de gorge	7 364	7	1 (1 - 7)	37 % (6 - 47 %)

■ d'une étude rétrospective identifiant les accidents automobiles à partir d'une base de données nationale. Deux cas graves d'accidents de voiture à la sortie de l'hôpital étaient rapportés. L'effectif total de la base nationale et le délai de suivi des patients ne sont pas clairement précisés (127).

Les sociétés savantes précisent que le patient ne doit pas conduire dans les 24 heures qui suivent une intervention en ambulatoire, et qu'il doit être accompagné par un tiers lors du trajet du retour (5, 7, 35, 38, 40-42).

7.1.5 Particularités de la prise en charge pédiatrique

Données de la littérature

Onze études observationnelles traitant de la prise en charge pédiatrique d'interventions en ambulatoire ont été sélectionnées (96, 128-137).

Ces études révèlent que les complications mettant en jeu la vie de l'enfant sont extrêmement rares, mais de nombreux événements peuvent fréquemment compliquer le réveil du patient et sa sortie (douleurs, nausées et vomissements, somnolence, maux de gorge, saignements, fièvre, vertiges, maux de tête) (96, 128-132, 135-137).

La douleur était le principal symptôme retrouvé en postopératoire (128-130, 135, 136), et était une source d'insatisfaction de la prise en charge (133, 136).

Les données sont néanmoins majoritairement des données rapportées par les parents et non une réponse directe des patients.

Bien que globalement satisfaits de la prise en charge en ambulatoire (133), les parents rapportaient des taux élevés d'anxiété [45 % dans l'étude menée par Grenier *et al.* (128)].

Délivrer une information précise aux parents, les conseiller sur les conduites à tenir et leur proposer un numéro téléphonique qu'ils peuvent composer en cas de besoin sont des propositions développées par Darbyshire *et al.* suite à l'enquête qualitative menée autour du vécu de l'expérience de mères d'enfants opérés en ambulatoire (134).

Recommandations des sociétés savantes

Pour les sociétés savantes, les enfants sont d'excellents candidats à la chirurgie ambulatoire (7, 17). Elle est particulièrement adaptée pour limiter les perturbations liées à l'éloignement du cadre de vie habituel (7). Elle nécessite néanmoins de prendre en compte, dans les structures et le matériel utilisé, les particularités liées au jeune âge (7).

La spécificité de la prise en charge pédiatrique porte également sur l'information à délivrer aux parents et aux patients. La SFAR recommande que « *l'information délivrée soit adaptée, personnalisée et compréhensible pour les parents mais également pour l'enfant. L'information délivrée inclut le risque possible de report de l'intervention en fonction de l'état clinique de l'enfant* ». Elle recommande également « *d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur. Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire* » (7).

La charte de l'enfant hospitalisé exprime « *le droit aux meilleurs soins possibles* » pour l'enfant, en considérant la priorité de l'hospitalisation de jour si elle est réalisable, plutôt que l'hospitalisation traditionnelle. Les recommandations élaborées par le Conseil national de chirurgie de l'enfant (CNCE) vont dans le même sens (138).

7.1.6 Particularités de la prise en charge des sujets âgés

Données de la littérature

Deux études épidémiologiques avec un large effectif évaluaient des données de morbi-mortalité dans la population des sujets âgés.

- Fleisher *et al.* déterminaient, à partir de données rétrospectives issues de bases de remboursement,

le taux de mortalité au 7^e jour pour 564 267 interventions en ambulatoire chez des patients de plus de 65 ans bénéficiaires de l'assurance Medicare. Ces procédures étaient réalisées à la fois dans des cabinets de ville (*physician's offices*), des unités de chirurgie ambulatoire indépendantes (*freestanding ambulatory surgery centers*) et dans des unités de chirurgie ambulatoire rattachées à un hôpital (*out-patients hospitals*). Les taux de mortalité dans les unités de chirurgie ambulatoire rattachées à un hôpital étaient respectivement de 2,5 et de 5,0 pour 100 000 interventions le jour de l'intervention et au 7^e jour. Les auteurs concluaient par ailleurs que l'âge plus avancé, les antécédents d'hospitalisation dans les 6 mois qui précédaient et les chirurgies plus invasives augmentaient le risque de décès (139).

- Chung *et al.* analysaient les données de 17 638 patients pris en charge dans l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de Toronto et obtenues à partir de la base de données du ministère de la Santé de l'Ontario. Ils comparaient les événements peropératoires et postopératoires immédiats (le jour de l'intervention) entre les sujets de 65 ans ou plus (27 % de l'échantillon) et les plus jeunes. Les patients âgés présentaient une plus forte incidence de tout événement peropératoire (RR ajusté (IC à 99,7 %) : 1,4 [1,0–2,0]) et d'incidents cardiovasculaires peropératoires (RR ajusté (IC à 99,7 %) : 2,0 [1,3–3,0]). Ils présentaient en revanche une plus faible incidence de tout événement postopératoire, de douleur, de nausées et vomissements et de vertiges postopératoires. La conclusion des auteurs était que les risques signalés ne constituaient pas une contre-indication pour les patients âgés à la chirurgie ambulatoire, mais que cette population exigeait plus de prudence peropératoire (115).

La revue réalisée par Bryson *et al.* en 2004 confirmait les données de Chung *et al.* en concluant que les personnes âgées peuvent subir une opération en ambulatoire en toute sécurité, mais sont plus à risque de variation hémodynamique en salle d'opération (140).

La diminution des troubles cognitifs semble être un des bénéfices de la prise en charge en ambulatoire pour le sujet âgé. Une cohorte prospective multicentrique, publiée en 2003 par Canet *et al.* portant sur 372 patients

de plus de 60 ans, montrait que le mode de prise en charge en ambulatoire était un facteur protecteur de la survenue de troubles cognitifs. En effet, l'évaluation au 7^e jour révélait que 9,8 % [IC 95 %] : [5,7–15,4] des patients pris en charge en hospitalisation classique versus 3,5 % [IC 95 %] : [1,4–8,0] en ambulatoire souffraient de troubles cognitifs ($p = 0,033$). La régression logistique multivariée confortait les résultats de l'analyse univariée (chirurgie classique versus ambulatoire : OR [IC 95 %] : 2,8 [1,2–6,3]). Les facteurs sur lesquels les résultats sont ajustés ne sont néanmoins pas précisés (141).

Recommandations des sociétés savantes

La SFAR estime que « *le grand âge n'est pas une contre-indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle* ».

Elle recommande donc « *de faire bénéficier aux personnes âgées d'une prise en charge ambulatoire en fonction de l'analyse du bénéfice-risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins* » (7).

Actuellement, la question de la technique d'anesthésie et du type d'agent anesthésique à privilégier chez le sujet âgé se pose. La SFAR précise qu'« *actuellement, aucune donnée de la littérature ne permet de privilégier une technique d'anesthésie ou un agent anesthésique particulier* ». Elle recommande néanmoins « *d'éviter les benzodiazépines en préopératoire. Elles augmentent l'incidence des troubles du comportement postopératoire* » (7).

7.2 Indicateurs cliniques de qualité

7.2.1 Taux de retour non programmé au bloc opératoire le jour de l'intervention

Une seule étude, analysant le taux de retour non programmé au bloc opératoire le jour de l'intervention, a été sélectionnée. Il s'agit du rapport élaboré par l'*Australian*

Council on Healthcare Standards (ACHS). Celui-ci rapportait un taux stable et rare en ambulatoire de 0,04 % sur une période de 6 ans (142).

L'*International Association for Ambulatory Surgery* recommande le suivi de cet indicateur, car il est le reflet de problèmes de la performance des procédures mises en place (17).

Dans le cadre de l'évaluation du bénéfice et du risque pour le patient, son intérêt est moindre.

7.2.2 Séjour postopératoire prolongé sans admission la nuit suivant l'intervention

Six études observationnelles prospectives ont été sélectionnées pour analyser les délais au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de différentes étapes du processus (entre la venue du patient et sa prise en charge au bloc opératoire, entre la fin de l'intervention et sa sortie de la SSPI, entre l'entrée du patient dans l'UCA et sa sortie de l'hôpital) et leurs causes (cf. Tableau 16) (90, 93, 98-101).

Les effectifs analysés dans ces études s'étendaient 175 à 16 411 patients.

L'objectif principal était l'analyse des causes de séjour prolongé pour 4 de ces études (98-101).

Tableau 16. Description des études observationnelles évaluant les délais au sein des unités de chirurgie ambulatoire.

Auteurs	Date de publication	Effectif
Chung et al. (98)	1995	500
Chung et al. (90)	1997	3 729
Pavlin et al. (99)	1998	1 088
Chung et al. (100)	1999	16 411
Junger et al. (101)	2001	3 152
Pavlin et al. (93)	2002	175

Les facteurs associés au retard de la sortie du patient pouvaient être identifiés à différentes étapes :

- préopératoires ;
 - sexe féminin (99,101),
 - augmentation de l'âge (101),
 - insuffisance cardiaque congestive (100) ;
- intraopératoires ;
 - durée de la chirurgie (100, 101),
 - anesthésie générale (99-101),
 - procédure chirurgicale (99-101) ;
- postopératoires ;
 - douleur postopératoire (90, 93, 98-101, 121),
 - nausées et vomissements postopératoires (98-101),
 - somnolence (99),
 - miction retardée (98),
 - absence d'accompagnant (98,99).

Néanmoins, seules trois de ces six études avaient recours à des modèles multivariés pour identifier ces facteurs (93, 99, 100).

La durée du séjour n'est pas un indicateur clinique recommandé par l'*International Association for Ambulatory Surgery* pour les raisons suivantes (17) :

- certaines procédures peuvent demander plus de temps, indépendamment de la qualité de la prise en charge ;
- focaliser son attention sur cette donnée crée une pression et risque d'augmenter le nombre de sorties trop précoces ;
- le patient doit se sentir prêt à partir ; c'est à lui de choisir le moment de son départ.

De plus, certains auteurs précisent qu'il est difficile d'éliminer les facteurs entraînant un retard (63).

7.2.3 Admission non programmée la nuit suivant l'intervention

Taux d'admission non programmée la nuit suivant l'intervention

Dix-neuf études observationnelles ont été sélectionnées afin d'évaluer le taux d'admission non programmée la nuit suivant l'intervention. Douze étaient rétrospectives ;

7 étaient prospectives. Les études rétrospectives identifiaient les patients par l'utilisation de bases de données administratives ou de systèmes d'information hospitaliers (cf. Tableau 17).

L'effectif analysé dans ces études s'étendait de 500 à 783 558 patients.

Les taux d'admission non programmée la nuit suivant l'intervention variaient de 0,2 % à 26 % (74, 98, 101-106, 122, 143-152).

L'hétérogénéité dans les taux observés peut s'expliquer par la variabilité dans la sélection des patients, le type de procédure, les différences d'expertises chirurgicales et le type de structure ambulatoire.

Notamment, l'étude menée par Hofer *et al.* rapportait une forte proportion d'admissions non programmées comparativement à la plupart des études observationnelles (148). Les raisons suivantes peuvent expliquer cet écart :

- possibilité d'une différence dans les critères de sélection des patients et d'un biais dans la sélection des patients se présentant dans ce centre ;
- réalisation d'interventions plus à risque en ambulatoire ;
- facilité d'accès à l'hospitalisation classique du centre dans lequel a été effectuée cette étude comparativement aux études réalisées dans des centres indépendants.

Par ailleurs, deux résultats sont intéressants à noter :

- L'objectif de l'étude menée par Hofer *et al.* était de comparer la proportion d'admissions non programmées chez les patients obèses (indice de masse corporel > 40 kg/m²) à celle chez les patients non obèses (indice de masse corporel < 25 kg/m²). Ces taux étaient plus élevés chez les obèses (26 %) que chez les non obèses (22,1 %). Après appariement sur l'âge, le sexe, la procédure chirurgicale, le type d'anesthésie et la date de la chirurgie, l'obésité n'apparaissait pas comme un facteur indépendant d'admission non programmée (148).
- Dans l'étude d'Awad *et al.*, le taux d'admission non programmée dans la population pédiatrique était similaire à celui observé dans la population adulte (102).

Tableau 17. Description des études observationnelles évaluant les taux d'admission non programmées.

Auteurs	Date de publication	Type d'étude	Effectif	Taux d'admission
Gold <i>et al.</i> (122)	1989	Rétrospectif	9 616	1,04 %
Fancourt-Smith <i>et al.</i> (104)	1990	Rétrospectif	90 234	0,28
Levin <i>et al.</i> (143)	1990	Rétrospectif	1 971	9,5 %
Johnson <i>et al.</i> (144)	1990	Rétrospectif	10 348	0,7 %
Rudkin <i>et al.</i> (145)	1993	Prospectif	5 000	1,28 %
Osborne <i>et al.</i> (74)	1993	Rétrospectif	6 000	1,34 %
Chung <i>et al.</i> (98)	1995	Prospectif	500	0,2 %
Greenburg <i>et al.</i> (105)	1996	Rétrospectif	15 132	0,85 %
Fortier <i>et al.</i> (103)	1998	Prospectif	15 172	1,42 %
Margovsky <i>et al.</i> (149)	2000	Rétrospectif	920	4,7 %
Junger <i>et al.</i> (101)	2001	Prospectif	3 152	5,4 %
Harahsheh <i>et al.</i> (150)	2001	Rétrospectif	5 182	2 %
Tham <i>et al.</i> (106)	2002	Rétrospectif	10 801	1,5 %
Awad <i>et al.</i> (102)	2004	Rétrospectif	10 772 enfants	2,2 %
Shirakami <i>et al.</i> (151)	2005	Prospectif	726	2 %
Fleisher <i>et al.</i> (146)	2007	Rétrospectif	783 558	0,6 %
Hofer <i>et al.</i> (148)	2008	Rétrospectif	Cas : 235 Témoins : 235	26 % pour les patients obèses vs 22 % pour les non obèses (NS)
Blacoe <i>et al.</i> (152)	2008	Prospectif	13 592 enfants	1,8 %
Mattila <i>et al.</i> (75)	2009	Prospectif	6 659	5,9 %

Causes des admissions non programmées la nuit suivant l'intervention

Parmi les études observationnelles sélectionnées, les proportions pour causes d'admission, chirurgicales, anesthésiques, médicales ou sociales différaient d'une étude à un autre (cf. Tableau 18). L'hétérogénéité des classifications des causes rend leur estimation complexe.

- De façon synthétique, les causes les plus fréquentes d'une hospitalisation non prévue sont d'ordre chirurgical. Parmi celles-ci, on retrouve majoritairement la douleur intense, les saignements et la nécessité d'une chirurgie plus extensive.
- Les complications reliées à l'anesthésie, le plus souvent les nausées et vomissements postopératoires, mais également la somnolence et les vertiges et les pneumopathies d'inhalation, sont la seconde source d'admission non programmées.
- Dans d'autres cas, les patients sont admis pour des raisons médicales. Ces admissions surviennent soit à cause de la présence ou de l'aggravation de pathologies médicales antérieures, comme le diabète ou l'apnée du sommeil, soit à cause de problèmes résultant de complications préopératoires ou postopératoires, comme les troubles du rythme, l'infarctus myocardique ou le bronchospasme.
- Enfin, un certain nombre d'hospitalisations imprévues le sont pour des raisons sociales, comme l'absence d'accompagnateur ou d'aide à domicile ou encore à la demande du patient ou de son entourage.

Facteurs prédictifs des admissions non programmées la nuit suivant l'intervention

Huit études parmi celles sélectionnées tentaient d'identifier les facteurs prédictifs d'admission (102-105, 122, 146, 149, 150). Trois d'entre elles confortaient leurs résultats par l'utilisation de méthodes d'analyse multivariées (cf. Tableau 19).

Les facteurs prédictifs d'admission hospitalière identifiés dans les autres études, quoi que non ajustés sur de potentiels facteurs de confusion, sont similaires et sont les suivants :

- le type de chirurgie (102, 104, 105, 149) ;

- les patients dont l'opération se terminait tard dans la journée (102) ;
- les extrêmes des âges : sujets âgés (149) ou moins de 3 mois (150) ;
- les antécédents médicaux (149).

7.2.4 Retour à l'hôpital et/ou réadmission non programmée en hospitalisation classique

Taux de retour à l'hôpital et/ou de réadmission non programmée en hospitalisation classique

Dix études observationnelles ont été sélectionnées afin d'évaluer le taux de réadmission en hospitalisation classique. Sept étaient rétrospectives ; trois étaient prospectives.

Les études rétrospectives identifiaient les patients par l'utilisation de bases de données administratives pour 5 d'entre elles, à partir de la revue de dossiers de patients réadmis pour 2 d'entre elles.

Les effectifs analysés dans ces études s'étendaient de 5 069 à 567 267 patients.

À l'exception de deux études (75, 111), leur objectif principal était l'analyse des taux de réadmission non programmée en hospitalisation classique.

Deux études ne différenciaient pas l'admission non programmée le jour même de l'intervention de la réadmission (111, 139).

Les taux de réadmission variaient de 0,15 % à 9,1 % (cf. Tableau 20). Les différences observées dans les délais de suivi et les définitions de la réadmission (programmée ou urgence, hospitalisation conventionnelle ou retour à l'hôpital sans précision, liées à la chirurgie ou toutes causes confondues) expliquaient en partie cette hétérogénéité.

Une seule de ces études, publiée en 1989, comparait rétrospectivement le taux de réadmission en ambulatoire et en hospitalisation classique. Ces taux n'étaient pas statistiquement différents. Ils étaient même inférieurs pour les dilatations et les curetages et les interventions de la cataracte (153).

Tableau 18. Causes d'admission non programmée après une chirurgie ambulatoire.

		Références
Chirurgicaux	Douleur	Osborne, 1993 (74) ; Awad, 2004 (102) ; Fortier, 1998 (103) ; Fancourt-Smith, 1990 (104) ; Greenburg, 1996, (105) ; Tham, 2002 (106) ; Mattila, 2009 (75) ; Chung, 1995 (98)
	Saignements	Osborne, 1993 (74) ; Fortier, 1998 (103) ; Harahsheh, 2001 (150) ; Fancourt-Smith, 1990 (104) ; Greenburg, 1996 (105) ; Blacoe, 2008 (152)
	Nécessité d'une chirurgie plus extensive	Fancourt-Smith, 1990 (104) ; Levin, 1990 (143) ; Margovsky, 2000 (149) ; Blacoe, 2008 (152)
Anesthésiques	Nausées et vomissements postopératoires	Osborne, 1993 (74) ; Awad, 2004 (102) ; Fortier, 1998 (103) ; Greenburg, 1996 (105) ; Blacoe, 2008 (152)
	Somnolence	Osborne, 1993 (74) ; Awad, 2004 (102) ; Fortier, 1998 (103)
	Pneumopathie d'inhalation	Osborne, 1993 (74) ; Fortier, 1998 (103) ; Fancourt-Smith, 1990 (104)
Médicaux	Infarctus du myocarde, diabète, évènements thrombo-emboliques	Osborne, 1993 (74) ; Fortier, 1998 (103) ; Greenburg, 1996 (105) ; Fancourt-Smith, 1990 (104)
	Obésité	Hofer, 2008 (148)
Socio-environnementales	Absence d'accompagnant	Osborne, 1993 (74) ; Fortier, 1998 (103) ; Fancourt-Smith, 1990 (104)
	Aide insuffisante au domicile	Osborne, 1993 (74)
	Demande du patient ou entourage	Fortier, 1998 (103) ; Tham, 2002 (106)
	Sans précision	Mattila, 2009 (75)

Tableau 19. Facteurs associés aux admissions non programmées la nuit suivant l'intervention selon Gold *et al.*,1989 Fortier *et al.*,1998 et Fleisher *et al.*,2007 – résultats issus du modèle logistique multivarié (103,122,146).

	Gold <i>et al.</i> (122) N= 9 616	Fortier <i>et al.</i> (103) N= 15 172	Fleisher <i>et al.</i> (146) N=783 558
	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]	OR [IC 95 %]
Préopératoire			
ASA 2 et 3		2,1 [1,5-2,8]	
Sexe		0,7 [0,5-0,9]	
Âge ≥ 65 ans			1,58 [1,42-1,77]
Âge (unité de 30 ans)	2,56 [1,32-4,94]		
Antécédents cardiaques			0,74 [0,53-1,04]
Pathologie vasculaire périphérique			3,15 [1,89-5,23]
Pathologie cérébro-vasculaire			3,73 [1,83-7,64]
Pathologie maligne			1,62 [1,42-1,85]
Séropositivité pour le VIH			2,33 [1,09-4,96]
Transport > 1 heure du lieu de vie	1,49 [0,79-2,80]		
Intraopératoire			
Chirurgie ORL		29,6 [15,1-58,1]	
Chirurgie urologique		8,3 [3,6-19,0]	
Chirurgie plastique		4,7 [2,1-10,5]	
Chirurgie orthopédique		4,3 [2,5-7,4]	
Neurochirurgie		3,9 [1,6-9,6]	
Ophthalmologie		1,9 [1,1-3,4]	
Chirurgie abdominale	2,89 [1,07-7,79]		
Laparoscopie	1,71 [0,69-4,22]		
Fin de l'intervention > 15 h		2,5 [1,8-3,7]	
Anesthésie régionale			1,53 [1,12-2,10]
Anesthésie générale	5,18 [2,60-10,30]		11,94 [10,41-13,70]
Anesthésie > 1 h		2,2 [1,6-3,1]	
Temps opératoire (minutes)			
60-120			2,63 [2,37-2,92]
> 120			4,34 [3,86-4,88]
> 60	2,72 [1,46-5,08]		
Postopératoire			
Saignement		266,8 [71,7-991,9]	
Douleur		4,2 [3,0-5,9]	
Somnolence		4,1 [1,6-10,5]	
Nausées/vomissements	3,03 [1,35-6,81]	4,0 [2,8-5,8]	
Vertiges		2,7 [1,5-4,8]	

Tableau 20. Description des études observationnelles évaluant les taux de réadmission non programmée en hospitalisation classique.

Auteurs	Date de publication	Effectif	Type d'étude et recueil	Délai de suivi	Taux
Henderson <i>et al.</i> (153)	1989	35 168	Rétrospective Base de données	28 jours	Réadmission en urgence : de 0 % à 1,9 % en fonction du type d'intervention
Sibbritt <i>et al.</i> (154)	1994	181 311	Rétrospective Base de données	28 jours	Toutes causes : de 4,4 % à 9,1 % en fonction du type d'intervention
Twersky <i>et al.</i> (107)	1997	6 243	Rétrospective	30 jours	Toutes causes : 3 % Séquelles des complications : 1,3 %
Bain <i>et al.</i> (111)	1999	5 069	Prospective	> 15 jours	Admission et réadmission Toutes causes : 7,8 %
Mezei <i>et al.</i> (68)	1999	17 638	Rétrospective Base de données	30 jours	Toutes causes : 1,1 % Liés à la chirurgie : 0,15 %
Coley <i>et al.</i> (108)	2002	20 817	Rétrospective	30 jours	Toutes causes : 5,7 % Liés à la chirurgie : 1,5 %
Fleisher <i>et al.</i> (139)	2004	564 267	Rétrospective Base de données	7 jours	Sujet âgés : admission ou réadmission de 0,8 % à 2,1 % en fonction de l'organisation
Engbaek <i>et al.</i> (71)	2006	18 736	Rétrospective Base de données	60 jours	Toutes causes : 0,6 %
Mattila <i>et al.</i> (75)	2009	6 659	Prospective	24 heures et 30 jours	Dans les 24 heures : <ul style="list-style-type: none"> • Retour à l'hôpital : 0,4 % • Réadmission : 0,1 % Dans les 28 jours : <ul style="list-style-type: none"> • Retour à l'hôpital : 3,7 % • Réadmission : 0,7 %
Majholm <i>et al.</i> (69)	2012	57 709	Prospective Base de données	30 jours	Taux de retour à l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> • Toutes causes : 1,21 % • Hémorragie/hématome : 0,50 % • Infection : 0,44 % • Évènement thrombo-embolique : 0,03 %

L'interprétation de ces résultats est limitée par les éléments écrits ci-dessous.

- La définition de la réadmission n'est pas homogène. Certaines études ne différencient pas :
 - la réadmission hospitalière de l'admission non programmée la nuit suivant l'intervention,
 - l'admission hospitalière en urgence et le retour à l'hôpital pour des soins programmés ou une consultation ;
- La durée du suivi n'est pas homogène d'une étude à une autre. Une réadmission hospitalière dans les 24 heures suivant la sortie est plus souvent associée à une complication aiguë, alors que les complications chroniques et infectieuses surviennent en général après ce délai. L'IAAS recommande d'ailleurs d'identifier séparément le taux de retour à l'hôpital et de réadmission dans les 24 premières heures et dans la période des 28 premiers jours (17) ;
- Le lieu de suivi est un biais important. En fonction d'arrangements locaux, les patients peuvent revenir dans un autre établissement de santé que celui dans lequel ils ont été opérés.

Causes des retours à l'hôpital et/ou réadmission non programmée en hospitalisation classique

Les principales causes de réadmission identifiées parmi les études sélectionnées sont :

- les complications chirurgicales, notamment les saignements (66, 68, 69, 71, 75, 107, 108) ;
- la douleur (107, 108) ;
- la rétention urinaire (107) ;
- les infections (69, 71, 75, 107) ;
- les évènements thrombo-emboliques (69).

Facteurs prédictifs des retours à l'hôpital et/ou réadmission non programmée en hospitalisation classique

Parmi les études sélectionnées pour l'évaluation des taux de retours à l'hôpital et/ou de réadmission, sept études tentaient d'identifier leurs facteurs prédictifs.

- Quatre études identifiaient le type de chirurgie, et plus précisément la chirurgie générale, ORL et l'urologie comme principal facteur de prédiction préopératoire de réadmission (68, 75, 108, 111). Néanmoins, ces études n'avaient pas recours à des analyses multivariées.
- Trois autres études tentaient d'identifier les facteurs prédictifs de réadmission par l'utilisation de méthodes d'analyse multivariées, dans les 30 jours (69, 107) et dans les 7 jours suivants l'intervention (139).
 - Les résultats de la régression logistique multivariée, menée par Twersky *et al.*, identifiait la chirurgie urologique comme un facteur prédictif indépendant de retour pour complications (OR [IC 95 %] : 27,87 [3,78 –74,86]). Il n'existait pas de différence significative entre le retour à l'hôpital et l'âge, le statut ASA et le sexe (107).
 - Majholm *et al.* précisaient que lorsqu'ils ajustaient sur la spécialité chirurgicale, l'âge, le sexe et le centre, ils trouvaient que le centre, la spécialité chirurgicale et le sexe étaient des facteurs associés aux retours à l'hôpital et/ou à la réadmission non programmée en hospitalisation classique ($p < 0,0001$). L'âge ne semblait pas avoir d'impact sur le risque de retour à l'hôpital (visite ou réadmission). Les mesures d'associations ne sont pas précisées dans l'article (69).
 - Les résultats de l'étude menée par Fleisher *et al.* sont d'interprétation plus délicate : les auteurs n'incluaient que des patients de plus de 65 ans et bénéficiaires de l'assurance Medicare aux États-Unis. Les interventions pouvaient se dérouler dans trois types de structures différentes : des cabinets de ville (*physician's offices*, pratique non autorisée en France), des unités de chirurgie ambulatoire indépendantes (*freestanding ambulatory surgery centers*) ou des unités de chirurgie ambulatoire rattachées à un hôpital (*outpatients hospitals*). Le type de chirurgie, l'origine ethnique, le sexe masculin, l'âge, le type de structure ambulatoire et les antécédents d'admission hospitalière apparaissaient associés de façon significative à la réadmission en hospitalisation classique (139).

7.3 Critères sociaux et environnementaux

7.3.1 Satisfaction des patients

Sociétés savantes et auteurs s'accordent à dire que la satisfaction des patients est un des indicateurs de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire (17, 63, 155).

Taux de satisfaction en chirurgie ambulatoire

Douze études observationnelles, évaluant les taux de satisfaction des patients bénéficiant d'une intervention en ambulatoire, ont été sélectionnées (cf. Tableau 21).

Aucune de ces études ne comparait les taux de satisfaction en ambulatoire à ceux retrouvés en hospitalisation classique.

L'effectif analysé dans ces études s'étendait de 89 à 34 015 patients.

Les données étaient recueillies :

- à partir d'un questionnaire écrit, rempli à la sortie de l'hôpital ou au domicile pour 5 études ;
- à partir lors d'un entretien direct ou téléphonique pour 7 études. L'enquête téléphonique avait lieu le lendemain de l'intervention dans 4 études ; le jour de la sortie dans 1 étude ; le jour de la sortie et le 30^e jour dans 1 étude. Le moment du recueil n'était pas précisé dans une étude.

Il existait une grande hétérogénéité dans le mode d'évaluation de la satisfaction.

Les taux de satisfaction observés vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire étaient élevés, mais variaient en fonction du mode de recueil, du moment de l'évaluation et du type de structure ambulatoire. Il existe néanmoins un biais de suivi lié aux personnes qui n'ont pu être recontactées ou n'ont pas renvoyé le questionnaire écrit.

Facteurs influençant la satisfaction des patients

Quatorze études observationnelles identifiant les facteurs influençant la satisfaction des patients ont été sélectionnées.

Pour 2 d'entre elles, l'analyse des facteurs influençant la satisfaction était l'objectif principal (112, 161) ; pour les deux autres, l'objectif était d'évaluer les préférences des patients vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire (110, 162).

Seules deux études avaient recours à des modèles multivariés, afin d'identifier les facteurs influençant la satisfaction (113,161).

Les principaux facteurs liés à la satisfaction étaient en lien avec :

- la prise en charge périopératoire ;
 - l'anxiété préopératoire (110),
 - le manque de confort lié à l'intraveineuse (110) ;
- la survenue d'évènements postopératoires indésirables et leurs modalités de prise en charge ;
 - la douleur (87,109-114),
 - les nausées et vomissements postopératoires (110, 113, 121) ;
- l'organisation de la structure ;
 - l'attente (109, 111-113, 158),
 - le sentiment de sortie trop précoce (109, 156),
 - le respect de l'intimité au sein de l'unité (109, 113),
 - l'appel téléphonique le lendemain (157),
 - la visite postopératoire du chirurgien (112),
 - les relations interpersonnelles :
 - la communication et les informations pré et postopératoires (109, 113, 114, 162, 163),
 - l'amabilité du personnel et l'agréabilité de l'environnement (112, 113, 161) ;
- des raisons sociales (113).

Ces études montrent qu'une place très importante est accordée à l'information, à la communication et aux relations interpersonnelles avec le personnel soignant.

La demande d'information est un des points essentiels soulignés par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) qui souhaiterait une information totale, plus claire et plus forte³⁴.

Limites des études de satisfaction

Les résultats de la satisfaction des patients s'interprètent avec précaution :

34. <http://www.leciss.org>

Tableau 21. Description des études observationnelles évaluant la satisfaction des patients après une intervention chirurgicale ambulatoire.

Auteurs	Date de publication	Effectif en ambulatoire	Modalité d'évaluation de la satisfaction ; dimensions de la satisfaction	Moment d'évaluation	Taux de satisfaction
Icenhour <i>et al.</i> (156)	1988	150	Entretiens directs. Questions portant sur : <ul style="list-style-type: none"> le ressenti émotionnel (écoute et compréhension du personnel, temps accordé, etc.) ; l'information ; expériences précédentes et contexte socio-professionnel. 	Au moment de la sortie	90 %
Philip <i>et al.</i> (116)	1992	86	Questionnaire écrit. « Referait-il le même choix de prise en charge en ambulatoire ? »	Retour au domicile	97 %
Ghosh <i>et al.</i> (109)	1994	557	Questionnaire écrit portant sur l'impression générale sur l'unité, l'information opératoire et le respect de l'intimité et l'information de	Retour au domicile	> 50 %
Hawkshaw <i>et al.</i> (157)	1994	1 492	Enquête téléphonique. Satisfaction sur la douleur et l'information.	J1	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction excellente sur la prise en charge de la douleur : de 21,9 % Information : 72,3 %
Rudkin <i>et al.</i> (158)	1996	826	Enquête téléphonique. Satisfaction envers l'information de l'anesthésie, de la chirurgie et du mode de prise en charge en ambulatoire.	J1	En fonction de la structure : <ul style="list-style-type: none"> <i>freestanding</i>: de 74,1 % à 86,7 % ; unité dédiée : de 53 % à 65,2 % ; unité intégrée avec salle de réveil mixte : de 62,6 % à 75,6 %.
Tong <i>et al.</i> (113)	1997	2 730	Enquête téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> « le patient accepterait-il le même type de prise en charge à l'avenir dans le même hôpital ? » « les soins anesthésiques étaient-ils mauvais, bon ou excellent ? » 	J1	97,5 %
Beauregard <i>et al.</i> (87)	1998	89	Questionnaire écrit. Échelle numérique en 6 points.	J0 J1	Moyenne de 80 %
Bain <i>et al.</i> (111)	1999	5 069	Questionnaire écrit. Score de satisfaction non précisé.	Retour au domicile	85 %

suite du tableau page suivante

Auteurs	Date de publication	Effectif en ambulatoire	Modalité d'évaluation de la satisfaction ; dimensions de la satisfaction	Moment d'évaluation	Taux de satisfaction
Enquête assurance maladie (25)	2003	34 015	Enquête téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> « le patient a-t-il été satisfait par la prise en charge ambulatoire ? » « le patient accepterait-il le même type de prise en charge à l'avenir ? » 	Retour au domicile	• 90 %
Aldwinckle <i>et al.</i> (159)	2004	1 647	Enquête téléphonique. Mode de recueil imprécis	J1	• 95 %
Canoui-Poitrine <i>et al.</i> (160)	2008	503	Questionnaire écrit : 24 items, 7 dimensions.	Retour au domicile	• Moyenne du score global de satisfaction
Lemos <i>et al.</i> (114)	2009	251	Entretien direct et téléphonique par la même personne. Échelle numérique en 6 points.	J0 J30	• 95 %

Définitions et dimensions de la satisfaction

D'une part, la satisfaction du patient fait appel à différentes dimensions.

Fung *et al.* la définit comme la réaction du patient aux soins, composée d'une évaluation à la fois cognitive et d'une réponse émotionnelle. Les patients ont, précisent-ils, une appréciation de la norme des soins attendus, et ont certaines attentes qui peuvent varier en fonction du contexte, de leur éducation, du vécu et de leur idéaux. D'autres facteurs comme l'accessibilité et le confort des services, la structure institutionnelle, les relations interpersonnelles et les compétences des professionnels de santé peuvent influencer la satisfaction. Les patients qui reçoivent un niveau de soin vont construire leur jugement à partir de la différence ressentie entre ce qui était attendu et ce qui a été délivré. En d'autres termes, la satisfaction dépend de la congruence entre des attentes et la réalité (164).

De plus, certains auteurs soulignent les points suivants :

- les patients sont en général satisfaits s'il n'y a pas d'écarts majeurs entre ce qu'ils attendaient et leur expérience (155) ;
- le niveau de soin n'est qu'un des acteurs déterminant un niveau de satisfaction, et il n'est pas possible de déterminer l'attente des patients ou de juger l'écart entre l'attendu et le reçu (17) ;
- le mécontentement n'est exprimé que lorsqu'un événement grave se produit et, en ce sens, une réponse positive dans une étude de satisfaction signifie peut-être simplement pour le patient que rien de grave ne s'est produit (160) ;
- on mesure le plus souvent le sentiment de soulagement du patient qu'il n'y ait pas eu d'incident et la gratitude qu'ils ont vis-à-vis de l'intervention (155) ;
- les patients peuvent refuser de critiquer les soignants quand on les interroge sur leur expérience du soin (165) ;
- les patients semblent plus concernés par les compétences interpersonnelles avec le personnel soignant (agréabilité) que par les compétences techniques, et ont une difficulté à juger ou comprendre pleinement les soins (et leur qualité) qu'ils reçoivent (112).

Validité des questionnaires de satisfaction

D'autre part, certains auteurs soulignent la nécessité d'utiliser une approche psychométrique construite, de préférence avec des questionnaires multi-items, et de tester ces questionnaires afin de vérifier leur validité et leur fiabilité pour s'assurer que l'approche psychologique du concept de satisfaction est prise en compte (155).

Les études sélectionnées dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction des patients après une intervention en ambulatoire n'utilisaient pas de questionnaires validés.

Une revue récente de la littérature a montré qu'il n'existe d'ailleurs actuellement pas de questionnaire validé pour mesurer la satisfaction des patients pour l'anesthésie ambulatoire (166).

Recommandations des sociétés savantes

La satisfaction des patients est un des indicateurs de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire défini par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (17).

Pour disposer de résultats plus complets et pertinents, elle recommande d'évaluer tous les aspects des soins qui pourraient influencer la satisfaction :

- la structure de l'institution où se déroule la chirurgie ;
- le processus qui permet au soin d'être délivré ;
- les critères d'efficacité et de sécurité.

Elle recommande également :

- de collecter les données à au moins à deux moments : en postopératoire immédiat (pour les deux premiers aspects) et plus tard, à un mois, pour évaluer la satisfaction globale ;
- de mettre en place des procédures de suivi des patients, afin de diminuer les biais liés aux non-répondeurs et aux perdus de vue.

7.3.2 Récupération fonctionnelle des patients

Deux études observationnelles, analysant la durée de récupération fonctionnelle en chirurgie ambulatoire, ont été identifiées :

- l'étude prospective menée par Swan *et al.* avait pour objectif principal l'analyse de la récupération fonctionnelle après la réalisation d'interventions de hernies et des laparoscopies en ambulatoire. L'effectif étudié était de 100 patients. L'évaluation était réalisée à partir d'un questionnaire standardisé, le *Functionnal Status Questionnaire*, à quatre temps : en préopératoire, le lendemain de l'intervention, au 4^e jour et au 7^e jour ;
- l'étude prospective menée par Philip *et al.* et incluant 86 patients n'avait pas pour objectif principal l'analyse de la récupération fonctionnelle. Elle contenait néanmoins un item composé d'une question fermée (« Étiez-vous capable de reprendre votre activité habituelle le lendemain de l'intervention ? ») dans un questionnaire remis au patient à sa sortie de l'hôpital.

Swan *et al.* montraient que les patients subissaient une perte fonctionnelle pendant les sept premiers jours postopératoires, et que seulement 22 % d'entre eux retournaient à un travail à temps complet ou partiel le septième jour après l'opération. Les auteurs en concluaient que ces résultats suggéraient qu'une partie de la réduction des coûts du personnel réalisé grâce au passage de la chirurgie aux soins ambulatoires liée aux frais des soins était en réalité transféré au patient ou à sa famille (167).

Philip *et al.* montraient que seuls 38 % des patients étaient capables de reprendre leur activité habituelle le lendemain de l'intervention, les autres ayant besoin de 3,2 +/- 2 jours supplémentaires (116).

La persistance de la douleur postopératoire a été retrouvée comme un facteur de diminution des activités dans quatre études sélectionnées analysant les conséquences de la douleur postopératoire en ambulatoire (87, 89, 95, 115, 116) (cf. I.3.1.2. « Conséquences de la douleur postopératoire »).

La principale limite de ces études est qu'elles n'ont pas recours à des échelles spécifiques de la chirurgie ambulatoire. Des outils d'évaluation de la capacité fonctionnelle après une chirurgie ambulatoire sont depuis disponibles (168-170). Le suivi de cet indicateur n'est actuellement recommandé par aucune société savante (59).

7.3.3 Satisfaction des professionnels de santé hospitaliers

Une seule étude observationnelle non comparative relevant la satisfaction des professionnels de santé hospitaliers a été identifiée.

Il s'agissait d'une étude française réalisée auprès de 682 professionnels de santé hospitaliers.

Le taux de satisfaction retrouvé auprès des professionnels était de 92,3 %. Néanmoins, le taux de participation à cette étude n'était que de 58,2 % (60,1 % chez les médecins, 55,5 % chez les cadres de santé, 63,2 % chez les secrétaires médicales et 45,9 % chez les administratifs).

Parmi les répondants, 97,3 % des professionnels auraient conseillé à quelqu'un ou se feraient opérer eux-mêmes à l'UCA. La très grande majorité des professionnels jugeaient avant tout positivement le service rendu au patient par l'UCA. Selon eux, les innovations organisationnelles participaient largement à ce choix (160).

7.3.4 Soins de ville

Aucune étude, ayant pour objectif principal d'analyser spécifiquement le recours aux soins de ville (médecin généraliste, IDE, etc.) après une chirurgie ambulatoire, en adoptant le point de vue des patients ou des professionnels de santé, n'a été identifiée.

Quatre études observationnelles apportent des éléments de réponse, mais les objectifs principaux et les populations étudiées dans ces études sont très hétérogènes :

- une étude rétrospective menée auprès de 100 enfants opérés en ambulatoire pour une pathologie ORL a montré qu'aucun parent n'a contacté par téléphone leur médecin dans les 24 premières heures, et que 19 % l'ont fait dans les 15 jours qui ont suivi l'intervention (133) ;
- dans l'étude menée par Grenier *et al.* auprès de 104 enfants ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire, 14 % des parents ont appelé leur médecin généraliste, mais le délai de recueil de cette donnée est imprécis (128) ;

- dans l'étude rétrospective menée par Ghosh *et al.* auprès de 557 patients, 24 patients (4,3 %) ont contacté leur médecin de ville dans les 48 heures qui ont suivi la sortie de l'hôpital ; 8 patients (1,4 %) ont contacté une infirmière (109) ;

- une étude prospective française réalisée par Robaux *et al.* auprès de 958 médecins généralistes de Lorraine les invitait à commenter les différents aspects de la chirurgie ambulatoire d'après leur propre expérience de la prise en charge de la douleur après le retour au domicile du patient (171). Les médecins généralistes rapportaient avoir reçu en consultation pour un motif directement en lien avec la prise en charge de la douleur postopératoire :

- plus d'une fois dans la première semaine suivant l'intervention, 5,7 % des patients,
- une fois dans la première semaine suivant l'intervention, 31,7 % des patients,
- moins d'une fois dans le mois suivant l'intervention, 48 % des patients,
- moins d'une fois dans l'année suivant l'intervention, 2,5 % des patients.

Les auteurs soulignaient le manque d'information et de collaboration entre l'équipe hospitalière de l'UCA et les médecins généralistes.

Dans une perspective d'analyse économique, en France, une étude des éventuels transports de dépenses entre les enveloppes « soins de ville » et hospitalières, faisant suite aux transferts d'activité entre l'hospitalisation complète et la prise en charge ambulatoire, a été réalisée en 2001 dans le cadre du Programme national interrégimes (PNIR) par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et indépendants) (172). Si cette étude permettait d'établir que les séjours pris en charge en chirurgie ambulatoire étaient moins coûteux pour l'assurance maladie que les séjours pris en charge en hospitalisation complète, elle avait également montré que ce différentiel de dépenses était principalement lié à la période d'hospitalisation et non aux phases amont ou aval (*cf.* intérêt économique – Étude française du coût pour l'assurance maladie).

7.4 Évaluation des bénéfices et des risques de la chirurgie ambulatoire comparativement à l'hospitalisation classique pour deux actes opératoires

7.4.1 Focus 1 : Comparaison de la prise en charge de la cataracte liée à l'âge en ambulatoire et en hospitalisation classique

Le nombre d'interventions de la cataracte réalisées en ambulatoire a très rapidement augmenté ces dix dernières années. En France, cette proportion est passée de 32 % en 2000 à 78 % en 2009 selon la source de l'OCDE (173). Cette tendance est confirmée par les chiffres de l'Observatoire national de la chirurgie ambulatoire de la CNAMTS (174).

Une revue de la littérature *Cochrane* a été sélectionnée pour évaluer le bénéfice de la prise en charge de la cataracte liée à l'âge en ambulatoire, comparativement à l'hospitalisation conventionnelle (175).

Cette revue identifiait deux essais contrôlés randomisés (chirurgie ambulatoire *versus* hospitalisation conventionnelle) incluant au total 1 284 patients.

Le critère de jugement principal initial était une acuité visuelle satisfaisante six semaines après l'intervention, définie par une acuité visuelle corrigée $\geq 6/18$. Cette évaluation n'était rapportée dans aucune des études. Les auteurs ont donc évalué les meilleures corrections d'acuité visuelle 4 mois après l'intervention.

Cette revue évaluait également les critères de jugement secondaires suivants :

- la survenue d'effets indésirables ;
- la survenue de complications peropératoires (proportion de patients avec une rupture de la capsule postérieure, avec ou sans perte du vitré, déplacement du cristallin artificiel, complications liées à l'anesthésie) ;
- la survenue de complications postopératoires (cicatrice insuffisamment étanche et autres problèmes

liés à a suture, œdème cornéen et/ou décompensation, glaucome postopératoire et endophtalmie postopératoire) ;

- des mesures de la qualité de vie par une échelle de mesure validée (VF14 et VF16) et une évaluation subjective de la satisfaction des patients ;
- des données économiques : coût/efficacité des modes de prise en charge.

Ces essais n'étaient pas menés en aveugle, et il existe de probables biais d'attrition et de classement (les modalités de recueil des évènements indésirables n'étaient pas clairement explicitées dans une des études).

La variation moyenne de l'acuité visuelle de l'œil opéré 4 mois après l'intervention était de 4,1 (SD = 2,3) dans le groupe ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire et de 4,1 (SD = 2,2) en hospitalisation conventionnelle ($p = 0,74$) (cf. Tableau 22).

Aucune donnée ne permettait d'évaluer le taux de complications peropératoires.

L'analyse des complications postopératoires rapportait un nombre plus élevé d'augmentation de la pression oculaire pour les patients opérés en ambulatoire. Néanmoins, cette différence entre les deux groupes n'était pas identifiée quatre mois après l'intervention. L'analyse des autres complications postopératoires (non-étanchéité de la cicatrice, œdème cornéen, endophtalmie) dans les vingt-quatre premières heures et/ou dans les quatre mois postopératoires ne mettait pas en évidence de différences significatives entre les deux modes de prises en charge.

Les auteurs concluaient que l'efficacité et la sécurité des interventions de la cataracte en ambulatoire paraissait acceptable comparativement à la chirurgie conventionnelle. Ils précisait néanmoins qu'il existait peu d'essais randomisés comparant ces deux modalités de prise en charge sur des critères d'efficacité clinique, de sécurité, de satisfaction et de coût/efficacité. Ils recommandaient de poursuivre les recherches permettant de révéler les bénéfices cliniques et économiques de ce mode de prise en charge, en utilisant des bases de données cliniques et des registres.

Tableau 22. Synthèse des résultats de la revue *Cochrane*, Fedorowicz *et al.* 2011 (175) sur la comparaison de la prise en charge de la cataracte liée à l'âge en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle.

	Ambulatoire N = 464	Conventionnelle N = 471	
Acuité visuelle de l'œil opéré à 4 mois			
Moyenne de l'écart (SD)	4,1 (2,3)	4,1 (2,2)	P = 0,74
Complications postopératoire précoces (< 24 h)			
Non-étanchéité de la cicatrice	5 (1,1 %)	4 (0,8 %)	1,27 (0,34-4,77)
Œdème cornéen	49 (10,6 %)	36 (7,6 %)	1,42 (0,91-2,24)
Pression intraoculaire > 30 mmHg	16 (3,4 %)	5 (1,1 %)	3,33 (1,21-9,16)
Complications postopératoire tardives (< 4 mois)			
Œdème cornéen	32 (6,9 %)	24 (5,1 %)	1,38 (0,80-2,38)
Non étanchéité de la cicatrice	4 (0,9 %)	7 (1,5 %)	0,76 (0,17-0,98)
Pression intraoculaire >30 mmHg	3 (0,6 %)	5 (1,1 %)	0,61 (0,14-2,55)
Endophtalmie	2 (0,4 %)	0 (0,0 %)	-
	Ambulatoire N = 150	Conventionnelle N = 155	
Qualité de vie à 4 mois			
Moyenne du score VF14 (SD)	92,8 (12,2)	87,6 (20,3)	
Écart par rapport au score préopératoire	25,2 (21,2)	23,5 (25,7)	P = 0,3

* RR (IC) : Risque relatif (intervalle de confiance)

7.4.2 Focus 2 : Comparaison de la prise en charge de la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire et en hospitalisation classique

Une revue de la littérature *Cochrane* a été sélectionnée pour évaluer le bénéfice de la prise en charge de la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire comparativement à l'hospitalisation classique (176).

Cette revue de la littérature identifiait cinq essais randomisés, incluant 429 patients dans le groupe pris en charge en ambulatoire et 214 dans le groupe resté une nuit.

Les auteurs précisait que les critères de sélection des patients variaient, mais la plupart des études retenues n'incluaient que les patients sans autre pathologie. Les patients habitaient tous à proximité de l'hôpital et une personne adulte responsable était présente à leur côté au domicile.

La mortalité et les complications liées à la chirurgie (lésion des canaux biliaires, collections intra-abdominales, infection de la plaie, collections intra-abdominales infectées) étaient analysées en critères de jugement principaux.

Les critères secondaires de jugement étaient les taux d'hospitalisation prolongée, de réadmission, de consultation médicale sans hospitalisation, la douleur, les nausées et vomissements, l'anxiété du patient, sa qualité de vie, sa satisfaction, la proportion de patients recommandant le même traitement aux autres, le retour à une activité normale et le retour au travail.

Aucun essai ne rapportait de décès.

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes pour la morbidité globale (RR [IC95 %] : 1,26 [0,54–2,94]), la morbidité survenant après la sortie du patient (RR [IC95 %] : 1,23 [0,44–3,46]), la prolongation de la durée d'hospitalisation (RR [IC95 %] : 0,99 [0,69–1,43]), le taux de réadmission (RR [IC95 %] : 0,90 [0,25–3,26]), le pourcentage de consultation médicale sans hospitalisation (RR [IC95 %] : 1,88 [0,45–7,91]) ni pour les scores de douleur, de nausées et vomissements, d'anxiété du patient, de qualité de vie du patient, de satisfaction du patient, du pourcentage de patient recommandant le même traitement à son entourage (RR [IC95 %] : 1,26 [0,54–2,94]), de retour à une activité normale ou au travail.

Les taux de prolongation de la durée du séjour dans les groupes en ambulatoire et restés une nuit en hospitalisation étaient respectivement de 19,5 % et de 20,1 %. Les taux de réadmission étaient respectivement de 2,0 % et de 2,3 %. Ces taux étaient plus élevés que ceux retrouvés dans les grandes cohortes rassemblant un ensemble de gestes variés.

Les auteurs précisait que ce résultat n'était pas surprenant, car il s'agit d'une chirurgie plus complexe pouvant être associée à davantage de complications.

Les auteurs concluaient qu'en dépit du nombre important de biais dans les études sélectionnées, la réalisation de la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire ne semblait pas présenter plus de risque clinique pour le patient comparativement à la chirurgie d'une nuit, à condition que les critères de sélection des patients, tant médicaux que sociaux, soient stricts et respectés.

8. INTÉRÊT ÉCONOMIQUE

L'intérêt économique est un des principaux motifs justifiant le développement de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique. Dans le contexte de maîtrise des dépenses de santé, la chirurgie ambulatoire est avant tout perçue comme un des éléments permettant de contribuer à la réduction des dépenses d'hospitalisation.

Plusieurs arguments économiques en faveur de la chirurgie ambulatoire ont été mis en avant par le CREDES et l'IAAS (5,10) :

- la réduction de la durée de séjour liée à la pratique ambulatoire permettrait de réduire les coûts directs de l'hospitalisation ;
- la chirurgie ambulatoire serait moins consommatrice en actes de radiologie, en temps de soins, en temps d'utilisation des structures hospitalières, en prescriptions médicamenteuses ainsi qu'en nombre de consultations ;
- la chirurgie ambulatoire améliorerait l'utilisation du bloc opératoire, ce qui serait source de gains de productivité ;
- les coûts en personnel seraient plus faibles, en raison de la fermeture des unités la nuit et d'un taux d'absentéisme moindre ;
- la chirurgie ambulatoire, mieux adaptée au confort des patients, permettrait de réaliser des économies sur les coûts indirects³⁵, notamment concernant les arrêts de travail et le bénéfice d'une meilleure productivité à la reprise du travail.

Des gains d'opportunité³⁶ y seraient associés :

- la chirurgie ambulatoire permettrait de consacrer les lits en hospitalisation complète aux patients ayant les pathologies les plus complexes ;
- la limitation des listes d'attente permettant d'intervenir plus rapidement et donc de limiter les pertes de chance.

L'intérêt économique serait néanmoins nuancé par plusieurs éléments :

- la prise en charge en ambulatoire peut générer des économies pour l'hôpital, mais des coûts supplémentaires en soins de ville. La surveillance postopératoire étant réalisée au domicile, le recours au médecin traitant, les actes de biologie et les services paramédicaux peuvent être plus fortement mobilisés. Il peut également y avoir plus de coûts de transport sanitaire ;
- l'intérêt économique dépend du caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique. La baisse des coûts n'est pas toujours effective, car si des lits d'hospitalisation classique ne sont pas fermés, il peut y avoir cumul des deux types de lits ;
- certains actes qui étaient réalisés en cabinet de ville ou en consultations externes peuvent être pratiqués en chirurgie ambulatoire et générer un surcoût pour l'assurance maladie ;
- l'adaptation des locaux à une activité dédiée de chirurgie ambulatoire nécessite de fortes dépenses d'investissement liées à des modifications architecturales (10) ;
- dans certains cas, la prise en charge en ambulatoire peut s'avérer plus coûteuse qu'en hospitalisation classique. Cet effet est lié à la nature et à la gravité de l'intervention entraînant plus ou moins de soins postopératoires, mais également au profil socio-économique des patients traités (10).

8.1 Données de la littérature internationale

En 1997, l'ANAES (2) avait réalisé une revue de la littérature internationale des évaluations économiques sur la chirurgie ambulatoire et identifié treize études publiées entre 1975 et 1996. Seules deux études comparatives françaises (chirurgie ambulatoire versus chirurgie traditionnelle) avaient été identifiées. Au total, les études montraient que la prise en charge ambulatoire mobilisait moins de ressources que la chirurgie classique en termes de coûts directs.

En 2007, l'IAAS (5) a rapporté 19 études publiées sur huit types d'interventions³⁷ et cinq pays³⁸ entre 1972 et

35. La notion de coûts indirects renvoie à l'impact des interventions de chirurgie ambulatoire sur l'activité des patients que cette activité soit rémunérée ou non.

36. Cela signifie qu'une partie des ressources qui étaient mobilisées en chirurgie classique est rendue disponible grâce au transfert vers la chirurgie ambulatoire. Il est alors possible de réaliser d'autres interventions.

2003 montrant que le coût de la chirurgie ambulatoire était inférieur pour l'hôpital dans des proportions allant de - 25 à - 68 % par rapport à la chirurgie classique.

D'autres travaux sur des interventions spécifiques aboutissent à la même conclusion :

Cholécystectomie par laparoscopie

- Ahmad a rapporté quatre études publiées de 1998 à 2006 (177) concluant que le coût de la chirurgie ambulatoire est inférieur au coût de la chirurgie classique ;
- dans une étude italienne publiée en 2007 et portant sur 250 patients, Bona (178) trouve un coût plus faible de 20 % en chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique ;
- dans une étude rétrospective de 2002-03 sur 4 040 patients en Floride, Paquette (179) rapporte un coût moyen pour l'établissement hospitalier de 12 978 \$ (écart type 5 149 \$) contre 6 391 \$ (écart type 2 035 \$) dans un centre de chirurgie ambulatoire, soit une différence de près de 50 % en faveur du centre ambulatoire. Les patients traités en centre autonome étaient toutefois plus jeunes et avaient moins de comorbidités que ceux traités à l'hôpital, et la durée de séjour n'était pas précisée ; il s'agissait donc plus de comparer deux types de structures que les modalités d'hospitalisation ;
- dans une étude britannique de 2004 portant sur 269 patients Jain et al. (180) rapportent des coûts moyens hospitaliers par patient de 768 £ pour la chirurgie ambulatoire, et de 1 430 £ pour la chirurgie classique, soit une différence 46 % en faveur de la chirurgie ambulatoire.

Cataracte

Une revue Cochrane portant sur la chirurgie de la cataracte de Fedorowicz en 2011 (175) rapportait une étude

(181) montrant des coûts 20 % plus élevés en chirurgie classique, mais soulignait l'existence possible de coûts cachés pour la collectivité.

Fermeture de l'iléostomie

Dans une étude (182) cas-témoins réalisée en 2003 sur une trentaine de patients, le coût moyen pour l'hôpital de la chirurgie classique était de 3 811 \$ (bornes 2 864 \$ – 5 241 \$, écart type 624 \$) contre 2 665 \$ (bornes 1 907 – 3 010 \$, écart type 253 \$) en chirurgie ambulatoire, soit une différence de 30 %.

Les études sont peu nombreuses, spécifiques à un type d'intervention et concluent toutes en faveur d'un coût moindre de la chirurgie ambulatoire, mais les coûts considérés sont souvent différents d'une étude à l'autre, et la plupart ne concernent que le coût direct pour l'hôpital. Les travaux publiés ne permettent pas de connaître les coûts comparés tous financeurs, et ne comportent pas d'étude d'évaluation économique permettant de calculer un rapport coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice entre les deux types de prise en charge. De plus les différences de financement, de prise en charge et de tarifs entre les différents pays rendent difficilement transposables ces conclusions au contexte français.

8.2 Étude française du coût pour l'assurance maladie

En 2001, les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et indépendants) ont réalisé une étude de grande ampleur sur la chirurgie ambulatoire dans le cadre du Programme national interrégimes (PNIR) (32). Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer les dépenses d'assurance maladie des deux modes de prise en charge (hospitalisation avec et sans hébergement) pour cinq situations pathologiques ciblées³⁹, choisies en raison de leur fréquence, et de repérer les éventuels transferts de dépenses hôpital-ville ou ville-hôpital.

37. Chirurgie de la hernie, chirurgie pédiatrique, chirurgie du testicule, laparoscopie ou arthroscopie ou cytoscopie, cholécystectomie par laparoscopie, ligament croisé antérieur, Bankart arthroscopique, stérilisation laparoscopique.

38. Belgique, Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Portugal.

39. Chirurgie de la cataracte unilatérale, arthroscopie du genou avec méniscectomie, intervention unilatérale pour décompression du nerf médian au niveau du canal carpien, extraction de deux dents de sagesse sous anesthésie générale et intervention unilatérale pour varices du membre inférieur.

La population d'analyse comportait 5 104 dossiers patients⁴⁰, issus de 889 établissements publics et privés pratiquant la chirurgie. La répartition de la population par type d'hospitalisation (secteur public ou privé non lucratif financé par dotation globale de fonctionnement

- DG - et secteur privé lucratif sous objectif quantifié national - OQN) et pathologies est présentée dans le Tableau 23. Les données étaient redressées pour tenir compte des biais d'échantillonnage⁴¹.

Tableau 23. Répartition des échantillons exploités.

Intervention	Établissements sous Dotation globale			Établissements sous OQN			TOTAL
	Hospitalisation complète	Ambulatoire	Total	Hospitalisation complète	Ambulatoire	Total	
Cataracte	69	37	106	250	165	415	521
Arthroscopie	147	93	240	538	302	840	1 080
Canal carpien	75	454	529	253	1 485	1 738	2 267
Dents de sagesse	28	32	60	119	74	193	253
Varices	166	27	193	603	187	790	983
TOTAL	485	643	1 128	1 763	2 213	3 976	5 104

Source : Enquête PNIR « Chirurgie ambulatoire » – volet dépenses (172)

40. Ont été retenus les patients ASA 1 ou 2 (*American Society of Anesthesiologists*, cinq niveaux existent. Selon les recommandations des sociétés savantes, seuls les niveaux 1, 2, ou 3 stabilisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire), appartenant aux mêmes tranches d'âge et les séjours de courte durée en hospitalisation complète (au maximum de 72 heures), pour écarter les patients a priori plus « lourds », plus « âgés », présentant plus de comorbidités et un risque d'exposition aux infections nosocomiales plus important, ce risque augmentant avec la durée de séjour.

41. Un poids a été affecté à chaque séjour selon le geste, le type de financement, le mode de prise en charge (hospitalisation complète, ambulatoire) et la région.

Pour mener cette étude, les informations sur la consommation de soins avaient été rassemblées sur une fiche remplie par un médecin conseil pour chaque dossier patient analysé dans un établissement, puis croisées avec les informations disponibles dans les systèmes de liquidation des dépenses des trois principaux régimes d'assurance maladie. Les dépenses globales moyennes des assurés avaient été évaluées sur une période de trois semaines avant et deux mois après l'hospitalisation.

L'étude avait permis d'établir que les séjours pris en charge en chirurgie ambulatoire étaient moins coûteux pour l'assurance maladie que les séjours pris en charge en hospitalisation complète. Ce différentiel se situait, selon les actes, entre - 7 % (cataracte) et - 26 % (varices) dans le secteur sous objectif quantifié national (OQN) et entre - 25 % (extractions dentaires) et - 51 % (varices) dans le secteur sous dotation globale de fonctionnement⁴² (cf. Tableau 24 et Tableau 25).

Tableau 24. Dépenses globales (en euros) par mode de prise en charge, OQN.

Acte et Mode prise en charge	Effectif	Moyenne	IC	Écart type	Écart HC - Ambu	Valeur p	Degré de significativité
Cataracte							
Hospitalisation complète	250	1 799,36	± 43,00	346,88	- 7 %	0,000	***
Ambulatoire	165	1 671,03	± 45,83	300,33			
Arthroscopies							
Hospitalisation complète	538	1 271,72	± 27,40	324,3	- 12 %	0,000	***
Ambulatoire	302	1 114,76	± 33,02	292,73			
Canal carpien							
Hospitalisation complète	253	965,35	± 42,07	341,43	- 18 %	0,000	***
Ambulatoire	1 485	787,61	± 12,65	248,66			
Extractions dentaires							
Hospitalisation complète	119	776,88	± 26,23	145,96	- 23 %	0,000	***
Ambulatoire	74	600,84	± 28,7	125,97			
Varices							
Hospitalisation complète	603	1 355,3	± 24,42	305,89	- 26 %	0,000	***
Ambulatoire	187	1 004,83	± 43,27	301,86			

*** significatif à 0,1 %.

Source : Enquête PNIR, chirurgie ambulatoire-volet dépenses (172).

42. Dans ce cadre, deux modes de valorisation des séjours avaient été étudiés (par des prix de journées PJ ou par la valorisation des points ISA).

Tableau 25. Dépenses globales (en euros) par mode de prise en charge, DG

Acte et Mode prise en charge	Effectif	Moyenne	IC	Écart type	Écart HC - Ambu	Valeur p	Degré de significativité
Cataracte							
<i>Valorisation au prix de journée</i>							
Hospitalisation complète	69	1 514,99	± 172,00	728,98	- 44 %	0,000	***
Ambulatoire	37	847,02	± 84,27	261,52			
<i>Valorisation points ISA</i>							
Hospitalisation complète	69	2 289,51	± 98,9	419,14	- 31 %	0,000	***
Ambulatoire	37	1 577,08	± 52,97	164,39			
Arthroscopies							
<i>Valorisation au prix de journée</i>							
Hospitalisation complète	147	1 207,00	± 72,63	449,31	- 37 %	0,000	***
Ambulatoire	93	763,91	± 57,50	282,91			
<i>Valorisation points ISA</i>							
Hosp. complète	147	1 903,84	± 41,95	259,53	- 25 %	0,000	***
Ambulatoire	93	1 435,00	± 47,58	234,12			
Canal carpien							
<i>Valorisation au prix de journée</i>							
Hospitalisation complète	75	1 038,27	± 94,15	416,02	- 28 %	0,000	***
Ambulatoire	454	748,48	± 24,61	267,51			
<i>Valorisation points ISA</i>							
Hospitalisation complète	75	1 189,28	± 52,28	230,99	- 28 %	0,000	***
Ambulatoire	454	859,85	± 20,81	226,26			

suite du tableau page suivante

Acte et Mode prise en charge	Effectif	Moyenne	IC	Écart type	Écart HC - Ambu	Valeur p	Degré de significativité
Extractions dentaires							
<i>Valorisation au prix de journée</i>							
Hospitalisation complète	28	903,99	± 95,66	258,26	- 37 %	0,000	***
Ambulatoire	32	571,7	± 58,91	170,03			
<i>Valorisation points ISA</i>							
Hospitalisation complète	28	1 429,9	± 36,36	98,15	- 25 %	0,000	***
Ambulatoire	32	1 077,68	± 34,26	98,89			
Varices							
<i>Valorisation au prix de journée</i>							
Hospitalisation complète	166	1 439,9	± 79,39	521,89	- 51 %	0,000	***
Ambulatoire	27	712,67	± 48,73	129,9			
<i>Valorisation points ISA</i>							
Hospitalisation complète	166	1 940,94	± 43,98	289,13	- 41 %	0,000	***
Ambulatoire	27	1 145,37	± 41,76	110,71			

Liste à Source : enquête PNIR « Chirurgie ambulatoire » – Volet dépenses (172).

L'enquête avait également montré que ce différentiel de dépenses était principalement lié à la période d'hospitalisation et non aux phases amont ou aval.

Par ailleurs, aucun résultat ne montrait qu'une prise en charge en chirurgie ambulatoire était à l'origine d'un transfert d'une partie des dépenses réalisées pendant le séjour hospitalier vers les périodes antérieures ou postérieures au séjour hospitalier.

Enfin, la prise en charge en ambulatoire diminuait les dépenses de soins de ville de l'assurance maladie, en particulier sur les postes biologie, actes diagnostiques

(dont la radiologie), consultations spécialisées et pharmacie pendant le séjour hospitalier, sans entraîner de dépenses supplémentaires avant et après l'hospitalisation.

Cette étude nationale de référence a permis de calculer les coûts de prise en charge de la chirurgie ambulatoire. Elle est de très bonne qualité méthodologique.

Elle comportait néanmoins deux limites principales :

- elle n'étudiait que cinq actes pour un nombre limité de séjours ;

- elle ne considérait que les dépenses d'assurance maladie et non les dépenses tous financeurs (incluant le ticket modérateur). Ainsi le report éventuel du financement de l'assurance maladie vers les patients ou les assurances complémentaires n'a pas été évalué.

8.3 Coût pour les patients

Aucune étude française, permettant d'évaluer le coût pour le patient ou les organismes d'assurance maladie complémentaire d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation, n'a été retrouvée.

Peu d'études étrangères ont étudié les différences de coûts pour les patients.

Une étude finlandaise, réalisée en 2004 (183) à partir d'un questionnaire sur 145 patients âgés de plus de

18 ans, pris en charge principalement en orthopédie, dans un hôpital universitaire, a montré que le coût supporté par les patients en chirurgie ambulatoire variait de 5 à 772 € (moyenne = 182,4 et écart type 45,8). Le copaiement dépendait fortement du type d'intervention, les patients en orthopédie dépensant plus que les autres, essentiellement du fait des traitements médicamenteux et des consultations postopératoires liées au traitement de la douleur. Cette étude ne comparait pas les restes à charge en chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique.

Une étude espagnole (184) sur 133 patients de 16 à 90 ans opérés d'une hernie de la paroi abdominale en 2008 (dans la région de Tarazon) s'est intéressée aux coûts « d'accessibilité »⁴³ d'un centre de chirurgie ambulatoire et d'un hôpital (la distance entre les deux étant de 80 km). Pour l'ensemble des patients, la différence de coûts d'accessibilité était de seulement 1 061 €⁴⁴ (non significatif) en faveur du centre ambulatoire pour des résultats cliniques identiques.

43. Comprenant coût de transport des patients et de leurs proches, le coût des journées de travail perdues valorisé au salaire minimum interprofessionnel espagnol, le coût des soins informels valorisé à l'aide de données de l'Institut national de la statistique espagnol.

44. Soit 208 028,09 € dans le centre ambulatoire contre 209 088, 94 € à l'hôpital.

9. INCITATIONS MISES EN PLACE EN FRANCE

Le constat du retard français en matière de chirurgie ambulatoire a conduit à la mise en place d'incitations afin de renforcer son développement. Elles sont apparues à la fin des années quatre-vingt-dix et ont été renforcées après 2004, avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

9.1 Première vague d'incitations (1999-2003)

Les incitations ont d'abord porté sur la création de places en substitution des lits de chirurgie classique. Le décret n° 99-444 du 31 mai 1999 et l'arrêté du 31 mai 1999 portant application de l'article D. 712-13-1 du Code de la santé publique encourageait le développement des activités de chirurgie ambulatoire se substituant à la chirurgie classique :

- à partir d'un ratio calculé, comme le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire alternatifs à l'hospitalisation complète rapporté au total des séjours réalisés dans ces places, les demandeurs d'une autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de chirurgie ambulatoire devaient s'engager à une réduction du nombre de lits de chirurgie classique, modulé en fonction des taux de chirurgie ambulatoire déjà pratiqués. Le taux de substitution était ainsi de 1 lit pour une place si le ratio était de 55 % (*i.e.* lorsqu'une activité de chirurgie ambulatoire substitutive était déjà bien développée), de 1,5 lits par place créée pour un ratio de 50 %, et jusqu'à 2 lits pour une place créée lorsque le taux n'était que de 40 % ;
- en cas de non-respect de l'engagement, une réduction supplémentaire en lits de chirurgie était appliquée, pouvant aller jusqu'à 3,25 lits de chirurgie classique pour la création d'une place de chirurgie ambulatoire.

L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire et la notion de référence aux lits et places, donc au taux de substitution. Pour autant :

- elle inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans les orientations liées à la chirurgie, ce qui a

conduit à prendre en compte la chirurgie ambulatoire dans l'élaboration de la quasi-totalité des SROS de troisième génération (2006-2011)⁴⁵ ;

- en créant la notion de territoire de santé, elle incite à l'élaboration de projets médicaux de territoire, ce qui permet d'engager une réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire⁴⁶ ;
- elle introduit la notion d'objectifs quantifiés de l'offre de soins, par activité de soins et par territoire de santé, qui seront ensuite déclinés au niveau de chaque établissement de santé autorisé, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés pour 5 ans avec les agences régionales de l'hospitalisation.

9.2 Deuxième vague d'incitations (2004-2011)

De nouvelles incitations ont été introduites à partir de 2004.

- Des incitations tarifaires à la faveur de la mise en place de la tarification à l'activité (*cf.* II.1) : elles s'appuient sur des modifications importantes concernant la classification des séjours (II.2), sur des rapprochements tarifaires entre la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire (II.3) et une meilleure prise en compte de la relation tarif-coût (II.4 et II.5).
- D'autres incitations ont été mises en place (*cf.* II.2) : il s'agit de mesures de planification de l'offre de soins et d'indicateurs ou autorisations mises en place par l'assurance maladie.

9.2.1 Incitations tarifaires

Ces incitations s'inscrivent dans le dispositif général du financement par la T2A, dont on rappelle les modalités, et qui s'appuie sur une classification des séjours ayant évolué pour la chirurgie ambulatoire. Les incitations tarifaires prennent la forme d'un rapprochement entre les tarifs de la chirurgie classique et ambulatoire et de modifications dans les tarifs des séjours en borne bass. Une différence tarif-coût négative a été observée dans des études, mais n'a pu être confirmée sur des données récentes.

45. Cf. circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008, relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

46. Assurance maladie, Lettre Réseau LR-DM-13/2005.

En matière d'incitation tarifaire, une nouvelle impulsion a été donnée en 2011 et 2012.

► Nouveau système de financement des hôpitaux introduit depuis 2004

En France, un nouveau système de financement (tarification à l'activité ou T2A) pour les établissements de santé a été introduit à partir de 2004 pour les hôpitaux publics et de 2005 pour les cliniques privées. Depuis 2008, il permet de financer en intégralité des fonctions de soins de l'hôpital sur la base des séjours hospitaliers qu'il réalise, à l'exception de ceux de psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation. Les tarifs appliqués se fondent sur le calcul du coût moyen d'un échantillon de séjours hospitaliers.

Calcul du coût moyen des séjours hospitaliers

À partir de la classification des séjours hospitaliers en groupes homogènes de malades (GHM) introduite au début des années quatre-vingt-dix, un coût moyen national du séjour par GHM est calculé par un établissement public administratif, l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), sur la base des informations extraites de la comptabilité analytique hospitalière, fournies par une centaine d'établissements volontaires⁴⁷.

Plusieurs procédures permettent d'ajuster les coûts directement fournis par les établissements :

- les coûts moyens étant sensibles à la composition de l'échantillon des séjours, l'ATIH procède à un redressement des valeurs brutes obtenues de l'échantillon (appelé opération de calage et utilisant une macro appelée SAS CALMAR développée par l'Institut national de la statistique et des études économiques) ;
- une procédure de « trimage » permet de détecter et d'écarter les séjours dont la durée est anormalement longue ou courte, et ceux dont les coûts sont très élevés ou faibles (92 séjours seulement en 2007) (185) ;

- de plus, les coûts obtenus sont minorés d'un taux d'abattement spécifique qui correspond aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovations (MERRI) variant de 1,2 à 16,6 %, et parfois augmenté d'un coefficient géographique⁴⁸ variant de 7 % pour l'Île-de-France et de 30 % pour les établissements de la Réunion.

La méthodologie est identique pour les établissements publics et privés, et permet l'élaboration d'une Échelle nationale de coûts commune (ENCC), fondée sur le coût moyen des séjours hospitaliers. L'ENCC constitue le fondement de la tarification à l'activité.

Au total, le coût complet de l'ENCC comprend les dépenses cliniques (MCO et mixte de réanimation, les dépenses médico-techniques, les dépenses liées à la fonction logistique médicale et générale, les charges directes – y compris les honoraires et la rémunération à l'acte), mais est hors coût de structure⁴⁹.

Détermination des tarifs des GHM

Un des principes de fonctionnement de la T2A est que les coûts de production des GHM doivent globalement être couverts par les tarifs (GHS), eux-mêmes assis sur une échelle de coûts (186). Les coûts de référence obtenus dans l'ENCC servent donc de base à l'élaboration des tarifs des GHM qui seront payés par l'assurance maladie pour chaque séjour hospitalier.

Les tarifs pratiqués sont arrêtés par le ministère de la Santé, en les modulant par rapport à l'ENCC pour tenir compte des contraintes liées à l'enveloppe globale des dépenses hospitalières allouée chaque année dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par le parlement (185) et des priorités de santé publique ou des politiques visant à favoriser un mode de prise en charge (par exemple l'Hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire) (186).

Les coûts connus de l'ENCC sont décalés de deux ans par rapport aux tarifs (année 2009 pour l'ENCC pour les

47. 43 établissements privés et 62 établissements publics sur un total de plus de 2 760 établissements hospitaliers en France en 2010.

48. L'objet des coefficients géographiques est de majorer les tarifs pour les établissements situés dans une des six régions présumées avoir des surcoûts (Corse, Guadeloupe, Guyane, Île-de-France, Martinique et Réunion) (186).

49. Les coûts de structure (charges d'amortissement immobilier et charges financières des emprunts, quelle que soit leur destination) sont présentés dans l'ENCC, mais ils ne sont pas inclus dans les « coûts complets » et donc dans les coûts T2A, ce qui suggère que la majeure partie des amortissements de l'investissement immobilier et des charges financières sont financés autrement que par les tarifs (186).

tarifs 2011). Pour actualiser les coûts, deux méthodes de corrections peuvent être utilisées⁵⁰ (187) :

- actualiser les coûts de l'ENCC, en y appliquant le taux de progression de l'enveloppe hospitalière de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- utiliser les taux de progression publiés par l'ATIH pour les différentes dépenses hospitalières retenues par la DGOS dans le cadre des campagnes budgétaires des établissements de santé.

Le tarif de chaque GHM est identique quelle que soit la durée de séjour des patients, du moment qu'elle est comprise dans un intervalle prédéfini autour de la durée moyenne de séjour du GHM. Cette tarification incite les établissements à diminuer leur durée de séjour et à augmenter leur activité.

Les tarifs sont néanmoins pondérés au niveau de chaque établissement par un « coefficient de transition », afin d'éviter les conséquences négatives d'un changement trop brutal du modèle tarifaire. Le coefficient doit être supprimé (*i.e.* être égal à 1 à partir de 2012).

Différence de périmètre entre les coûts et les tarifs

En dépit des ajustements effectués, les coûts complets et les tarifs ne recouvrent pas le même périmètre⁵¹ :

- certaines charges sont présentes dans le coût, et pour autant le vecteur de financement n'est pas le tarif (permanence des soins, précarité, molécules onéreuses et dispositifs onéreux, suppléments journaliers des activités de réanimation, soins intensifs, surveillance continue, etc.) ;
- les tarifs financent une partie des coûts de structure, alors que les coûts complets publiés dans le référentiel sont hors coûts de structure ;
- certaines spécificités comme la présence de chambres particulières influent sur la valeur du coût moyen. Cependant, il n'est pas possible de déterminer quelle quote-part de charges induites par ces

chambres est prise en charge dans le tarif ou via les recettes spécifiques liées à ces chambres.

Compte tenu de ces réserves et par conséquent de la non-comparabilité actuelle des deux notions coût/tarif, l'ATIH a engagé des travaux pour construire une échelle de tarifs conforme à l'échelle de coûts. La propriété de cette échelle est qu'elle sera comparable aux tarifs et que cette comparaison mesurera la distorsion opérée par les constructions tarifaires par rapport à une échelle de tarifs qui respecterait exactement la hiérarchie des coûts.

Pour élaborer cette échelle de tarifs, il s'est agi avant tout de rendre plus robuste les valeurs de coûts. En effet, malgré les opérations de calage présentées ci-dessus, le coût moyen basé sur les résultats d'une seule année de collecte est sensible à la composition de l'échantillon. Pour rendre plus robuste l'évaluation du coût, un algorithme a été créé pour estimer un coût moyen en utilisant toutes les données de coûts disponibles⁵². Cet algorithme conduit à l'élaboration d'une échelle de coûts pluriannuels. À partir de cette échelle de coûts, il est possible de répartir la masse tarifaire dans chaque GHM et ainsi de déterminer des tarifs issus des coûts. Ces tarifs issus des coûts sont les tarifs respectant strictement la hiérarchie de l'échelle de coûts, sans prise en compte des mesures de santé publique (dont les mesures incitatives à la chirurgie ambulatoire) et des mesures de convergence ciblée.

Ces résultats ont permis à l'ATIH de réaliser une étude comparant le tarif actuel au tarif issu des coûts, et mesurer ainsi la distorsion créée par les mesures de santé publique. Ces résultats portant sur les tarifs 2011 feront l'objet d'une publication au premier semestre 2012. Dans l'attente de ces travaux, la comparaison directe tarifs-coût ENCC pour l'activité de chirurgie ambulatoire ou de chirurgie classique n'est pas pertinente.

Autres ressources pouvant financer la chirurgie

Des ressources complémentaires à la tarification à l'activité peuvent être obtenues par les établissements de santé à savoir⁵³ :

50. Elles n'ont pas été appliquées dans les tableaux présentés ci-après.

51. Source ATIH, suite à sa relecture de la version provisoire du rapport.

52. Pour le secteur ex-DG, les données de coûts des exercices 2006 à 2009 ont été mobilisées, pour le secteur ex-OQN, seul le point 2008 n'est pas disponible.

53. Arrêté du 21 juin 2010, fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale.

■ les produits de la tarification en hospitalisation complète et incomplète non pris en charge par l'assurance maladie (à la charge du patient ou de son organisme complémentaire, notamment le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et les recettes subsidiaires comme les chambres particulières, les repas aux accompagnants, etc.) ;

■ la différence liée au coefficient de transition appliqué à l'établissement.

D'un point de vue global, l'hôpital peut également bénéficier de dotations des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de références et d'innovations (MERRI).

Enfin, le financement de l'aménagement spécifique des locaux nécessaire au développement de la chirurgie ambulatoire et à la restructuration des plateaux techniques⁵⁴ peut être obtenu dans le cadre du programme d'aide à l'investissement du plan Hôpital 2007 puis Hôpital 2012 (188).

► **Modifications dans la classification des séjours permettant de mieux isoler la chirurgie ambulatoire**

Le système de classification des séjours est revu périodiquement. Plusieurs évolutions ont eu des conséquences sur le périmètre et la classification de la chirurgie ambulatoire.

Ainsi la Catégorie majeure 24 (CM 24)⁵⁵ était initialement réservée aux séances. Elle a été étendue aux séances et séjours de moins de 24 heures (période 1992–2003 correspondant aux versions 1 à 7 de la classification des GHM), puis aux séances et séjours de moins de 2 jours⁵⁶ (période 2004–2005) de la version 9 de la classification des GHM, puis à partir de la version 10 (2006–2008) à tous les séjours de moins de deux jours. La chirurgie ambulatoire relevait donc de cette CM 24, ce qui ne permettait pas de l'identifier spécifiquement par rapport à des actes dit « frontière » ne relevant pas d'un secteur

opératoire ou d'une anesthésie. Cette modification de codification constituait néanmoins une incitation indirecte au développement de la chirurgie ambulatoire, puisqu'il n'y avait plus d'intérêt à allonger la durée de séjour.

Dans la 11^e version de la classification utilisée depuis 2009 (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009), plusieurs modifications ont été introduites dans la classification des séjours. Elles ont eu pour conséquence de mieux identifier les séjours de chirurgie ambulatoire :

■ la CM 24 a été supprimée, et ont été créés, au sein des racines de GHM concernés, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (date d'entrée = date de sortie) codés avec la lettre J ;

■ la plupart des GHM ont été classés en 4 niveaux de sévérité (de 1 à 4, le niveau 1 étant le moins sévère), représentatifs de l'état du patient par la prise en compte améliorée et élargie des complications et morbidités associées (CMA) ainsi que des effets de l'âge ;

■ redéfinition du diagnostic principal (DP), davantage fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital et non plus sur le motif de prise en charge ayant mobilisé la plus grande part des ressources médicales, en cohérence avec l'introduction des niveaux de sévérité ;

■ création de groupes « d'explorations et surveillance » non éligibles aux niveaux de sévérité ;

■ création de GHM de très courte durée destinés à résoudre le problème des séjours inférieurs à 2 jours dans les GHM médicaux à DMS élevée ;

■ création de nouvelles racines et ajustement de certains GHM.

► **Rapprochement tarifaire entre chirurgie classique (de sévérité 1) et ambulatoire (séjours en J)**

La tarification à l'activité (T2A) prévoit généralement des tarifs différenciés pour la prise en charge réalisée en

54. Circulaire n° DHOS/O1/F2/F3/F1/2088/147 du 29 avril 2008, relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

55. Les « racines de GHM » sont libellées en catégories majeures de diagnostic (CMD 1 à 23, 25, 26, lorsque l'information est portée par le diagnostic principal du séjour) et des catégories majeures (CM 24, 27, 28, 90, lorsque d'autres informations que le diagnostic principal portent l'information).

56. Au sens de la T2A, une durée de séjour de 1 ou 2 jours correspond à une ou deux nuits passées dans l'établissement.

hospitalisation et celle en ambulatoire, ces derniers étant moins favorables que les premiers, ce qui n'incite pas au développement de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, afin de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, des mesures tarifaires spécifiques ont été prises depuis 2007 en faveur de cette dernière.

Dès 2007⁵⁷ (circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007), cinq GHM⁵⁸ de chirurgie ambulatoire ont bénéficié d'un paiement à l'activité sur la base de tarifs nationaux.

De plus, pour rendre plus attractive la chirurgie ambulatoire, 15 couples de GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours ont été constitués. Il a été décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples, pour les établissements antérieurement sous dotation globale de financement.

En 2008, ce rapprochement tarifaire pour les établissements anciennement sous dotation globale a été poursuivi (circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 3 mars 2008), pour les couples de GHM dont la similitude tarifaire était relativement élevée.

En 2009, suite à la mise en place de la 11^e version des GHM (circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009), un tarif unique entre le séjour en ambulatoire (codification en J) et le premier niveau de sévérité (codification avec le chiffre 1 à la fin du numéro de GHM) a été instauré pour 18 GHM⁵⁹. Le tarif unique correspond à la moyenne du tarif en J et du niveau 1 pondérée par les taux de prise en charge observés dans le secteur où le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé⁶⁰.

Au total, sur près de 90 GHM de niveau 1 ayant des séjours en J, seuls 18 ont un tarif unique, les autres présentent donc encore une différence en défaveur de la chirurgie ambulatoire, mais l'écart tarifaire moyen de 32 couples potentiellement substituables s'est réduit de 18 % en 2010 (189).

De nombreux GHM de chirurgie ayant un niveau de sévérité 1 n'ont toutefois pas de code en J. Lorsqu'ils sont pratiqués en ambulatoire, leur tarification dépend de la durée de séjour et du niveau de sévérité (voir infra).

► Calcul de tarif par rapport à la borne basse de durée de séjour

Pour chaque GHM, une durée moyenne de séjour est déterminée, ainsi que l'intervalle de variation autour de cette durée de séjour. Tout séjour dans l'intervalle est rémunéré à un tarif identique. Lorsqu'un séjour se situe en deçà de l'intervalle (borne basse), il bénéficie d'une tarification spécifique.

Séjours ambulatoires et séjours avec DMS inférieure à 2,5 jours : pas de borne basse

Les bornes ne sont pas calculées pour les GHM ambulatoires (GHM en J) et les GHM de très courte durée (*i.e.* suffixe T, 0,1 ou 2 jours) (190).

Pour les GHM dont la DMS est comprise entre 1,4 et 2,5 jours, il n'existe pas non plus de borne basse. Ils sont donc rémunérés au tarif du GHM quelle que soit la durée de séjour.

Dans les séjours de chirurgie sans tarif en J à DMS faible, 113 sont sans borne basse, leur tarification est donc neutre par rapport à la durée de séjour.

Séjours dont la durée moyenne est supérieure à 2,5 jours : tarif en fonction du niveau de sévérité

En préambule, il est à noter que dans cette catégorie l'activité de chirurgie ambulatoire est encore peu représentée (1 % environ pour les deux secteurs ex-DG et ex-OQN⁶¹).

57. Le 1^{er} Janvier 2008 pour les autres activités.

58. « Interventions sur le cristallin », « Drains transtympaniques », « Ligatures de veines et éveinages », « Circoncisions », « Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels ».

59. La liste initiale des 19 GHM à tarif unique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète, de niveau 1, a été mise à jour en retirant le GHM interventionnel 03K02J « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire », initialement inclus dans cette liste (et qui n'est en fait pas de la CA selon la définition française). On parle désormais de la liste « historique » des 18 GHM à tarif unique.

60. DGOS, « Chirurgie ambulatoire, Concertation sur le financement », 26 janvier 2012.

61. Estimation ATIH, note interne pour la HAS.

Lorsqu'un séjour a une durée plus faible que la borne dite « basse »⁶² de durée de séjour fixée pour ce GHM (exemple hospitalisation sur 1 jour alors que la borne basse est fixée à 3 jours), le séjour était rémunéré jusqu'en 2010 à hauteur de 50 % du tarif fixé pour ce GHM, sans tenir compte de la durée de séjour réelle.

Les séjours avec borne basse et pratiqués en chirurgie ambulatoire relevaient donc de cette tarification à 50 % du tarif du GHM, ce qui aboutissait potentiellement à ralentir le développement des séjours de courte durée, d'autant que le tarif à 50 % pouvait s'avérer inférieur au coût de production.

En 2009

À partir de 2009 (190), ce financement a été modifié avec un financement à la journée à partir du calcul d'un tarif dit « EXB » pour les séjours de niveau 1 et n'ayant pas de code en J dont la durée de séjour est en dessous de la borne basse (le « principe » des 50 % ne s'appliquait donc plus).

Le principe de calcul est le suivant : si la durée de séjour est inférieure à la borne basse (ex. : borne basse de 4 jours et durée de séjour observée de 3 jours), le tarif du séjour en borne basse (SBB) est :

$$\text{SBB} =$$

Tarif GHM niveau 1 – (Nombre de journées EXB x Tarif EXB)

- avec Tarif EXB = Tarif GHM/Durée de séjour de la borne basse ;
- et Nombre de journées EXB = Durée de séjour de la borne basse – durée de séjour observée ;
- si la durée de séjour observée est nulle (ambulatoire) alors le Nombre de journée EXB est égal à la durée de séjour de la borne basse – 0,5.

Ainsi, par exemple, si le tarif du GHM est de 2 000 € et la durée de séjour de la borne basse était de 4 jours, le tarif EXB est de 500 € (2 000/4). Le nombre de jours EXB était

de $4-3 = 1$. Le séjour de 3 jours sera donc payé $2\,000\ € - (1 \times 500\ €) = 1\,500\ €$, soit 75 % du tarif du séjour dont la durée est au-dessus de la borne basse. Si le séjour était réalisé en ambulatoire, le tarif était de $2\,000\ € - ((4-0,5) \times 500\ €) = 250\ €$, soit 12,5 % seulement du tarif du GHM.

Si le même séjour avait eu une DMS de la borne basse de 3 jours, la durée de séjour EXB aurait été de $3-0,5$, soit 2,5 et le séjour ambulatoire aurait été payé $2\,000\ € - (2,5 \times 500\ €) = 750\ €$, soit plus cher que dans le cas précédent.

Le paiement à la journée permettait donc de prendre en compte la durée du séjour, et de mieux valoriser notamment les séjours dont la durée est proche de la borne basse. Mais le financement des séjours dont la durée était largement en de çà de la borne basse était plus défavorable qu'auparavant, surtout si la DMS de ce séjour était relativement élevée. C'est pour cette raison qu'à partir de 2010, le tarif EXB a été calculé de manière à mieux prendre en compte les charges relatives au court séjour.

Depuis 2010

Lors de la campagne de financement 2010, la notion de « socle de financement » a été définie. Ce socle correspond au tarif des séjours sans nuitée, et dont la valeur a été calculée à partir des données de coûts de l'ENCC. Par conséquent, depuis 2010, le financement des séjours en ambulatoire (0 jour) ne dépend pas de l'EXB, mais du socle spécialement calibré à partir des coûts des séjours de 0 jour (voire 0/1 jour) issus de l'ENCC.

L'EXB n'intervient plus que pour les séjours d'au moins un jour. Il convient également de noter que pour les GHM dont la DMS était inférieure à 4 jours, le socle de financement a été fixé à au moins 66 % du tarif de niveau 1⁶³ et est donc plus favorable que l'ancien tarif à 50 %.

Enfin, le tarif facial du niveau 1 dépend de la valeur de la borne basse. Toute modification de la borne basse (notamment suppression) entraîne de facto une révision à la baisse du tarif facial du niveau 1 (compte tenu du principe de conservation des masses financières totales).

62. La borne basse (BB) d'un GHM est la durée correspondant à l'entier inférieur du rapport $DMS/2,5$ (avec DMS = durée moyenne de séjour du GHM considéré), auquel est ajoutée la valeur 1. La borne basse est fréquemment fixée à 3 jours. Voir ATIH DL-VS-999-2009, « Évolution de la notion de séjours bas entre la V10 et la V11 ».

63. Dès lors que le socle de financement issu des coûts était inférieur à 66 % du coût du niveau 1. Dans le cas inverse le socle de financement reste celui issu des coûts.

► Différence tarif-coût observée pour la chirurgie ambulatoire

Au niveau de l'établissement, les tarifs pratiqués ne l'incitent à développer cette activité que si son coût de production est inférieur au prix pratiqué, et qu'il dispose ainsi d'une marge positive. Le coût par séjour de chaque établissement n'est pas connu, deux études (28, 191, 192, 189) comparent les tarifs aux coûts de l'ENCC, mais cette méthode de calcul fait l'objet de réserves de la part de l'ATIH.

En 2011 (28, 191, 192), la DREES a publié une étude visant à mesurer l'impact des incitations tarifaires mises en place entre 2004 et 2009 sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Le coût ENCC de la chirurgie ambulatoire pour les séjours de niveau de sévérité 1 apparaissait plus faible que la chirurgie classique, avec des écarts plus ou moins marqués de - 15 à - 50 %. Puisque le tarif des GHM est identique pour 18 racines, théoriquement les établissements avaient intérêt à privilégier dès que cela était possible la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique, pour ces racines.

Néanmoins ce constat général était nuancé car, dans certains cas, le tarif pratiqué était inférieur au coût de l'ENCC aussi bien pour l'ambulatoire que pour la chirurgie classique du niveau 1 (canal carpien, autres interventions de la main, varices, autres arthroscopies du genou, ménissectomie sous arthroscopie, circoncisions, dilatations et curetages, interventions pour oreilles décollées, autres arthroscopies du genou), ce qui conduisait potentiellement les établissements à réaliser ces actes à perte.

Le rapport 2010 de la commission des comptes de la Sécurité sociale (189) avait précédemment conclu de manière identique, en constatant que la part des couples de séjours substituables dont la prise en charge ambulatoire est relativement plus attractive, avait augmenté entre la V10 et la V11 de la classification des séjours, mais qu'il subsistait plus d'un quart de couples dont la prise en charge était plus favorable en marge⁶⁴ à l'hospitalisation complète. De plus, le bilan agrégé pour les

établissements⁶⁵ restait défavorable, puisque le résultat global dégagé sur l'activité de chirurgie ciblée par les incitations avait baissé de 9 %, les pertes sur les séjours d'hospitalisation complète n'ayant été que partiellement compensées par les gains sur les séjours de moins de 48 heures.

La méthodologie de ces deux études est cependant remise en cause par l'ATIH pour les raisons évoquées précédemment (cf. « Différence de périmètre entre les coûts et les tarifs »)

Les tarifs, pratiqués en 2011, en chirurgie ambulatoire ou chirurgie classique pour les actes à tarification unique comparés aux coûts de l'échelle nationale de coûts 2009⁶⁶, sont présentés dans les Tableau 28 et Tableau 29. On observe que pour l'ensemble des GHM, le coût en hospitalisation classique est supérieur au coût de l'ambulatoire, que ce soit dans le secteur ex-DGF ou dans le secteur ex-QQN, la tarification unique est donc incitative au recours à la chirurgie ambulatoire.

Concernant les marges (différence tarif-coût) au moment de l'édition de ce rapport, il n'est pas possible de calculer la marge théorique sur chaque GHM. Une publication de l'ATIH attendue au premier semestre 2012 devrait permettre de résoudre cette difficulté.

► Renforcement des incitations par des modifications de la tarification introduites en 2011 et 2012

Consciente des problèmes d'ajustement prix-coût pour certains GHM en J non soumis au tarif unique et pour les GHM sans J, la DGOS a proposé des aménagements dans le cadre des campagnes tarifaires 2011 et 2012, avec une volonté de renforcer très fortement les incitatifs liés à la politique tarifaire.

Modifications tarifaires introduites en 2011

Pour les GHM en J (hors liste de ceux soumis au tarif unique), le socle tarifaire a été revu en 2011 pour tenir compte de l'adéquation entre les charges figurant dans

64. La marge théorique est calculée comme l'écart entre le tarif d'un séjour et son coût moyen (ENCC).

65. Calculé comme le produit du nombre de séjours et de la marge théorique (i.e. tarif-coût moyen) pour chaque groupe de séjour.

66. Les coûts de l'ENCC ont toujours deux ans de décalage par rapport aux tarifs qui s'appliquent à l'établissement.

l'Échelle nationale des coûts (ENCC) et le tarif en J, les tarifs ont été revalorisés à hauteur de leurs coûts ajustés⁶⁷, par redéploiement, à partir des tarifs de l'hospitalisation complète dont le tarif est supérieur au coût ajusté (circulaire n° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011, relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé).

Néanmoins, si l'écart tarif/coût est positif à plus de 30 % et que le taux d'interventions en chirurgie ambulatoire était supérieur à 80 %, une baisse légère du tarif a été mise en place (2 GHM concernés : interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie et drains transtympaniques)⁶⁸.

Par ailleurs, contrairement à 2010, en 2011 les activités de chirurgie ambulatoire ont été par ailleurs exclues du processus convergence ciblée⁶⁹, afin de ne pas engendrer des effets contradictoires entre les différentes mesures.

Campagne tarifaire 2012 et au-delà

La campagne tarifaire de 2012 s'est inscrite dans la continuité des incitations financières mises en place précédemment, mais plusieurs nouvelles incitations tarifaires ont été introduites (création de nouveaux GHM en J et suppression de la borne basse).

Pour les GHM en J

- De nouveau GHM en J font l'objet d'une tarification unique (en particulier ceux ayant une durée moyenne de séjour inférieure ou égale à trois jours) ; 12 racines de GHM entrant dans cette catégorie ont été identifiées. Ils ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :
 - au moins deux tiers d'actes communs entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète ;
 - validation médicale par les experts des sociétés savantes.

Pour ces GHM, le niveau le tarif a été calculé en prenant la moyenne entre le J et le niveau 1. La liste de

ces GHM et les tarifs retenus pour 2012 sont présentés dans le Tableau 26.

- Poursuite du rapprochement tarifaire entre l'hospitalisation classique de niveau de sévérité 1 et les GHM en J pour 18 GHM (non soumis à tarification unique) ; le tarif du J étant égal à au moins 75 % du tarif du niveau 1.
- Poursuite de la politique de 2011 de revalorisation des tarifs à un niveau proche des coûts ajustés.
- Scission en deux du GHM en J amygdales et végétations en raison d'une prise en charge différenciée en ambulatoire.

Pour les GHM qui n'avaient pas de J

- Il est créé neuf nouveaux GHM en J au sein des racines de GHM qui n'en comportaient pas jusqu'alors. Ces GHM ont été retenus sur la base d'un effectif suffisant de séjours, d'une pratique commune et stable dans le temps. Ces GHM sont également soumis au principe de tarification unique (cf. tableau 27).

Au total, le nombre de GHM en J avec tarification unique est donc passé de 18 en 2011 à 39 (18 + 12 + 9) en 2012.

- Pour certains GHM sans J, avec borne basse à deux jours et une DMS inférieure à quatre jours (soit 16 GHM en secteur ex-OQN et 11 GHM en secteur ex-DG), la borne basse est supprimée, ce qui entraîne une revalorisation du tarif en ambulatoire qui devient de ce fait rémunéré au même niveau que le celui avec nuitée. Il est à noter que peu d'actes de ce type sont réalisés en ambulatoire à ce jour ; ils correspondent à des pratiques « innovantes » de chirurgie ambulatoire (il s'agit d'interventions de niveau de sévérité 1 comme par exemple la pose d'implants cochléaires, des interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes et non malignes, des interventions sur le testicule pour tumeurs malignes, des gastroplasties pour obésité, etc.).

67. Coûts ajustés : le périmètre des coûts est ajusté à celui couvert par les tarifs, afin que la masse représentée par les coûts ajustés soit directement comparable à la masse distribuée par les tarifs.

68. DGOS, « Présentation Campagne 2011 », 2 mars 2011.

69. À l'horizon 2018, le prix les tarifs des établissements publics et privés ex OQN doivent être identiques.

Tableau 26. Nouveaux GHM sous tarification unique à partir de 2012.

Libellé du GHM	Code racine Sévérité 1 ou J	Tarif unique ex-DG	Tarif unique OQN
Interventions sur la rétine	02C02	2 577,05	1 212,8
Interventions primaires sur l'iris	02C06	1 179,04	616,84
Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	02C11	1 189,98	651,28
Rhinoplasties	03C09	1 614,46	781,98
Création et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	05C21	1 931,36	1 027,1
Résection osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	08C14	1 253,11	593,44
Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculo-squelettique ou du tissu conjonctif	08C20	1 785,89	654,04
Arthroscopies d'autres localisations	08C40	2 319,09	1 265,4
Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11	11C09	1 823,59	1 022,92
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	12C07	1 307,24	667,66
Dilatations et curetage, conisations pour tumeurs malignes	13C11	984,01	327,24
Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	21C02	1 830,10	1 000,72

Par ailleurs, à partir de 2012, il est proposé de lancer une réflexion sur la meilleure adaptation de la classification à la problématique de l'ambulatoire en tenant compte

de l'hétérogénéité des GHM, de la lourdeur des séjours ambulatoires, des bornes basses, etc. Cette réflexion s'appuiera sur un groupe technique.

Tableau 27. Nouveaux GHM en J avec tarification unique à partir de 2012.

Libellé du GHM	Code racine Sévérité 1 ou J	Tarif unique ex-DG	Tarif unique OQN
Pose d'un stimulateur médullaire	01C10	2 234,71	895,6
Ostéotomies de la face	03C19	3 876,22	1 855,74
Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	05C13	2 342,80	870,87
Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale, à l'exception des affections aiguës	07C14	2 480,60	1 439,31
Interventions maxillofaciales	08C28	2 665,11	1 571,18
Prostatectomies transurétrales	12C04	2 859,22	1 824,61
Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	13C04	2 847,92	1 822,5
Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	21C03	1 956,80	569,03
Brûlures non étendues avec greffe cutanée	22C02	6 435,03	3 772,3
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	12C07	1 307,24	667,66
Dilatations et curetage, conisations pour tumeurs malignes	13C11	984,01	327,24
Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	21C02	1 830,10	1 000,72

Tableau 28. Comparaison des coûts par GHM (référentiel de coût 2009) et des tarifs 2011 pour les racines de GHM concernées par la tarification unique, établissements ex-DGF.

	Tarif unique 2011	GHM en ambulatoire		GHM en hospitalisation classique	
		Code racine	Coût ENCC 2009, € *	Code racine Sévérité 1	Coût ENCC 2009, €
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	787,3	01C13J	1 057	01C131	1 465
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	1 392,05	02C05J	1 432	02C05	1 700
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	590,52	03C10J	-	03C101	1 085
Ligatures de veines et éveinages	1 272,99	05C17J	1 664	05C171	1 779
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	1 732,03	06C12J	1 623	06C121	1 994
Autres interventions sur la main	1 361,67	08C44J	1 277	08C441	1 602
Ménissectomie sous arthroscopie	1 047,65	08C45J	1 410	08C451	1 518
Autres arthroscopies du genou	1 585,93	08C38J	1 762	08C381	2 300
Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	1 386,2	12C06J	1 467	12C061	1 802
Circoncision	596,1	12C08J	874	12C081	1 229
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	931,95	13C08J	950	13C081	1 295
Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	718,85	13C12J	1 055	13C121	1 272
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	921,83	03K02J	1 291	03K021	1 498
Interventions pour oreilles décollées	1 444,38	03C21J	1 403	03C211	1 735
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	622,78	03C14J	640	03C141	1 305
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	627,19	03C15J	580	03C151	1 097
Interventions sur la région anale et périanale	1 216,14	09C08J	1 018	09C081	1 354
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	1 343,06	09C07J	1 166	09C071	1 643
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	1 522,57	06C10J	1 239	06C101	1 728

* Hors coûts de structure.

Source : Base ENCC et tarifs GHM, ATIH (www.atih.sante.fr) compilation des données réalisée par la HAS.

Tableau 29. Comparaison des coûts par GHM (référentiel de coût 2009) et des tarifs 2011 pour les racines de GHM concernées par la tarification unique, établissements ex-OQN.

	Tarif unique 2011	GHM en ambulatoire		GHM en hospitalisation classique	
		Code racine	Coût ENCC 2009, € *	Code racine Sévérité 1	Coût ENCC 2009, €
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	447,87	01C13J	586	01C131	975
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	827,81	1086	1 086	02C051	1 200
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	350,46	03C10J		03C101	693
Ligatures de veines et éveinages	730,63	05C17J	979	05C171	1 224
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	1 131,61	06C12J	1 354	06C121	1 676
Autres interventions sur la main	584,21	08C44J	857	08C441	1 188
Ménissectomie sous arthroscopie	591,68	08C45J	845	08C451	1 013
Autres arthroscopies du genou	823,13	08C38J	1 184	08C381	1 473
Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	571,47	12C06J	951	12C061	1 038
Circoncision	355,93	12C08J	510	12C081	753
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	424,55	13C08J	601	13C081	885
Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	369,61	13C12J	631	13C121	648
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	444,36	03K02J	759	03K021	833
Interventions pour oreilles décollées	603,63	03C21J	805	03C211	978
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	370,24	03C14J	437	03C141	
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	301,48	03C15J	356	03C151	
Interventions sur la région anale et périanale	565,46	09C08J	558	09C081	926
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	554,74	09C07J	710	09C071	965
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	627,24	06C10J	926	06C101	1 107

* Hors coûts de structure.

Source : Base ENCC et tarifs GHM, ATIH (www.atih.sante.fr) compilation des données réalisée par la HAS.

9.2.2 Autres mesures incitatives

► Mesures prises dans le cadre de la planification de l'offre de soins

SROS

La circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (2006–2011) a inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires de santé. La plupart des volets chirurgie des SROS 3 ont ainsi fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire pour les établissements de santé (circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008).

La chirurgie ambulatoire a été classée, en 2011, au rang de priorité nationale en matière d'évolution de l'offre de soins pour la période du SROS-PRS 2011–2016, et fait partie des dix priorités du programme de gestion du risque (GDR).

Contractualisation

À partir de 2004, des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire ont été définis à la fois dans les contrats d'objectifs CNAMTS-URCAM, les contrats ARH-DHOS et les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens conclus entre les établissements de santé et les ARH⁷¹.

En 2012, les contrats CPOM État-ARS intègrent une cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire qui porte à la fois sur les gestes MSAP de l'assurance maladie et sur le taux global de chirurgie ambulatoire. Cette cible était à décliner sur l'ensemble des établissements assurant une activité de chirurgie (193).

► Mesures prises par l'assurance maladie

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire sur cinq gestes chirurgicaux

À partir de 2001, une liste de gestes a été élaborée dans le cadre de l'enquête CNAMTS. Des objectifs de développement ont été définis pour les 5 gestes les plus fréquents de cette liste (cataracte, extractions dentaires, arthroscopie du genou, cures chirurgicales des varices et adéno-amyglectomie). Le taux de réalisation de ces objectifs était apprécié par les données PMSI. Ces indicateurs ont été intégrés dans les contrats d'engagement CNAM/CRAM 2004–2005⁷². Un accord cadre DHOS/CNAMTS est intervenu en 2005, pour harmoniser les valeurs cibles et les modalités de recueil des indicateurs correspondants.

Mise sous accord préalable

À partir de 2008, dans le cadre de la LFSS, l'assurance maladie a testé puis étendu un dispositif de Mise sous accord préalable (MSAP) afin d'inciter les établissements à pratiquer la chirurgie ambulatoire. La MSAP d'un établissement est décidée par l'ARS sur proposition de l'assurance maladie, pour une durée maximale de 6 mois. Ce dispositif portait initialement (29) sur 5 gestes chirurgicaux, et a été déployé en 2009 en intégrant 12 nouveaux actes. En pratique, quand une hospitalisation complète est souhaitée pour un patient sur l'un des gestes sélectionnés, l'accord du service médical de l'assurance maladie est préalablement requis (avis rendu sous 48 heures). En cas de refus, l'établissement est prévenu par courriel et le patient par courrier dans les jours qui suivent ; il est informé que l'intervention sera prise en charge par l'assurance maladie sur les bases d'une intervention de chirurgie ambulatoire.

Fin 2010, 17 gestes chirurgicaux ont été sélectionnés⁷³ : 5 gestes en 2008 (opération des végétations, chirurgie du cristallin [cataracte], extraction dentaire, arthroscopie du genou, chirurgie des varices) et 12 nouveaux gestes en 2009⁷⁴. Une dizaine de nouveaux gestes devrait être intégrés au dispositif de mise sous accord préalable (29).

71. Circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008, relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

72. Assurance maladie, « Guide de définition et de calcul des indicateurs des contrats d'engagements », CNAM/CRAM 2004–2005.

73. La liste de la CNAMTS comprend certains actes qui ne sont pas ciblés par le rapprochement tarifaire des couples de GHM, comme la chirurgie du strabisme ou de la conjonctivite (28).

74. Hernie inguinale, chirurgie du sein/tumorectomie, chirurgie utérus/vulve/vagin et assistance médicale à la procréation, coelioscopie gynécologique, chirurgie de la conjonctive, chirurgie du strabisme, chirurgie anale, chirurgie des bourses, chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses, chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main), exérèse de kystes synoviaux.

9.3 Impact des incitations au niveau des établissements hospitaliers

En 2010, l'étude par monographies de la DREES (28) réalisées sur quatre établissements avait montré que :

- les incitations tarifaires liées à la T2A étaient peu connues des professionnels (praticiens et cadres hospitaliers), seule la direction d'un CHU enquêté ayant été en mesure de produire une description précise des incitations tarifaires mises en place. Les Départements d'information médicale (DIM) avaient une vision confuse des tarifs liée aux différentes versions de la classification des GHM et aux modifications annuelles de tarifs ;
- les incitations mises en place s'étaient révélées amoindries dans le secteur public, du fait de la baisse générale des tarifs liée au processus de convergence tarifaire et dans le secteur privé par l'application de

l'échelle nationale de coûts ;

- pour deux établissements en mesure de comparer les tarifs à leurs coûts propres (car ils faisaient partie de l'ENCC), la rentabilité de l'activité de chirurgie ambulatoire n'était assurée que lorsque l'unité était totalement occupée.

Les facteurs favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire (28) étaient donc plus d'ordre organisationnel (unité dédiée et bien organisée) ou en lien avec la procédure d'accord préalable. D'autres facteurs favorisant ont été identifiés, comme les possibilités techniques et le caractère innovant de l'activité, les demandes des patients, la concurrence sur un même territoire avec un établissement privé, la saturation des lits d'hospitalisation classique pour certaines spécialités, l'opportunité d'organiser de manière rigoureuse l'activité chirurgicale et la diminution des coûts en fermant l'unité le soir et le week-end.

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie sans hospitalisation de nuit pour des patients sélectionnés. Elle est clairement définie en France sur le plan réglementaire : sa pratique est soumise aux exigences dues à la définition d'un établissement hospitalier ainsi qu'à celle de la notion d'un environnement minimal. L'acte opératoire de chirurgie ambulatoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais il est réalisé dans des conditions d'organisation particulière qui visent à permettre la sortie du patient le jour même.

Bien qu'ayant connu une dynamique de développement sur la période 2000–2011, le taux de chirurgie ambulatoire en France reste en retard comparativement aux autres pays développés et en deçà des potentiels de développement identifiés dans les études.

S'il n'existe actuellement pas de modèle architectural unique pour la chirurgie ambulatoire, elle est toutefois guidée par la mise en place d'une organisation centrée sur le parcours du patient rendant l'analyse du chemin clinique, outil de gestion de la qualité, indispensable. Afin de soutenir la réalisation de chemins cliniques, les bonnes pratiques professionnelles et les modalités de fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire ont fait l'objet de recommandations consensuelles à l'échelle internationale, centrées sur les éléments clés que sont la sélection des patients, une analyse bénéfice/risque rigoureuse, ainsi que la coordination des différents acteurs et la continuité des soins.

L'évaluation favorable de la balance bénéfice/risque de la chirurgie ambulatoire pour les patients est classiquement admise. L'analyse des données de la littérature n'a pas remis en cause ce bénéfice à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient, mais les données comparant la chirurgie ambulatoire à la chirurgie en hospitalisation classique sont insuffisantes :

- La littérature ne rapporte que peu d'évènements graves associés à la réalisation d'une procédure en ambulatoire, mais ces études ne sont pas comparatives, la puissance des études n'est pas toujours suffisante et la description des modalités d'organisation de la chirurgie ambulatoire, des critères de sélection et des modalités de suivi des patients sont insuffisants.

- Le gain en termes de diminution des infections associées aux soins paraît réel, puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation, mais peu d'études comparatives de forte puissance sont disponibles pour le démontrer.
- La survenue d'évènements postopératoires indésirables ne devrait pas être en soi différente entre chirurgie ambulatoire et traditionnelle, puisque les techniques chirurgicales et anesthésiques utilisées sont les mêmes. Néanmoins, leur apparition est un facteur limitant majeur de la sortie le jour même dans des conditions de sécurité optimales, et est une source d'insatisfaction pour les patients.
- L'évaluation d'autres indicateurs, comme les taux d'admission non programmée la nuit suivant l'intervention et le taux de réadmission, met en relief la marge de progression possible dans la qualité des soins et l'importance de l'identification précise des causes d'échec de l'ambulatoire afin d'améliorer leur prévention. Les publications récentes s'attachent d'ailleurs à identifier leurs facteurs prédictifs, afin d'établir des critères d'éligibilité pertinents et des procédures de prise en charge adéquates.
- De nombreuses études observationnelles rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients, mais leur interprétation doit être prudente, car plusieurs dimensions de la satisfaction sont à prendre en compte, et il n'existe actuellement pas de questionnaire validé pour leur évaluation après une chirurgie en ambulatoire.

Le point de vue des professionnels de santé vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire n'a fait l'objet que de très peu d'études. Le recours aux soins de ville et la perception des médecins généralistes et des autres soignants nécessiteraient d'être plus approfondis.

D'un point de vue économique, les études concluent toutes en faveur de la chirurgie ambulatoire, mais calculent les coûts uniquement du point de vue de l'hôpital ou de l'assurance maladie. Elles ne raisonnent pas du point de vue de la société (tous financeurs), et n'évaluent pas non plus les coûts indirects (arrêts de travail, production domestique de soins des aidants, etc.).

.....

Pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, des incitations tarifaires et réglementaires ont été mises en place dans le cadre de la Tarification à l'activité (T2A). Il s'agit principalement :

- de l'instauration d'un tarif identique (chirurgie ambulatoire-chirurgie classique) pour certains GHM de sévérité 1 réalisés en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation classique de moins de deux jours et, en 2012, de la suppression des bornes basses pour certains GHM.
- de la mise sous accord préalable par l'assurance maladie d'une liste de gestes marqueurs. Cet accord doit être obtenu pour les interventions réalisées en chirurgie classique, la chirurgie ambulatoire étant considérée comme la norme.

Ces incitations ont eu des conséquences positives sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais moins importantes qu'attendues. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce résultat :

- une absence de prise en compte, dans les tarifs pratiqués, des conditions réelles de production des établissements (volume, *case-mix*, organisation et conditions de substitution avec la chirurgie classique) ;
- une connaissance limitée par les professionnels de santé ou les établissements :
 - des incitations mises en place, d'autant que les règles tarifaires sont complexes et que la réglementation a évolué rapidement, en s'intégrant parfois dans une politique tarifaire globale (comme la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé appliquée jusqu'en 2010 puis supprimée en 2011 pour la chirurgie ambulatoire) ;
 - des coûts de production de l'établissement et des gains ou pertes associés au développement d'une activité de chirurgie ambulatoire.

PERSPECTIVES

Afin d'améliorer le développement de la chirurgie ambulatoire, des pistes ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'ANAP et de la HAS.

D'un point de vue clinique

- Reconsidération des critères d'éligibilité des patients, à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

D'un point de vue organisationnel

- Approche « terrain » visant à proposer des solutions au plus près des problématiques de l'établissement par :
 - l'analyse du risque organisationnel de 5 établissements de santé ;
 - l'étude *benchmarking* de 15 établissements de santé pionniers en chirurgie ambulatoire ;
 - l'accompagnement de 20 établissements de santé et de 3 ou 4 ARS ;
- la production d'outils ayant pour but de mettre à disposition des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des *check-lists* adaptés.

D'un point de vue économique

- Mise à disposition des établissements hospitaliers d'outils leur permettant de mieux connaître leurs coûts réels, de manière à ce qu'ils soient en mesure de savoir à quelles conditions le développement de la chirurgie ambulatoire leur permet d'atteindre *a minima* l'équilibre financier charges = produits.

- Analyse de toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires appliquées à l'étranger.
- Par ailleurs, un des freins au développement de la chirurgie ambulatoire pourrait venir des restes à charge ou des coûts indirects que les patients ou leur famille ont à supporter. Il conviendrait donc de développer des études ou d'interroger les bases de données de l'assurance maladie pour documenter ces aspects.

L'ensemble de ces travaux contribuera à l'établissement d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

Une évolution des référentiels de certification est envisagée à terme, avec une perspective de « *certification des équipes* » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Sur la base des données publiées, les articles ont été sélectionnés à la lecture des résumés et/ou des textes intégraux et suivant les critères suivants.

Concernant les parties définitions, réglementation, environnement, modalités d'organisation et de fonctionnement, ont été retenus :

- les recommandations sur la pratique de la chirurgie ambulatoire émanant de sociétés savantes impliquées dans la chirurgie ambulatoire ;
- les textes réglementaires sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en France.

La littérature étant peu spécifique et avec peu de description de méthode sur ce sujet organisationnel, tous documents servant de recommandations, compilant assez d'informations et de détails sur le sujet, ont été conservés, quelles que soient leurs modalités d'élaboration.

Concernant la partie évaluation du bénéfice et du risque, seuls les articles traitant d'un ensemble de procédures chirurgicales réalisées en ambulatoire ont été sélectionnés. Ceux se focalisant sur un type d'intervention n'ont pas été retenus. La stratégie de recherche a été restreinte aux années 2000 à 2011, puis a été étendue aux articles pertinents référencés dans les bibliographies des articles sélectionnés. Pour chaque thématique d'évaluation, la sélection a suivi la stratégie suivante :

- si des données comparant la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique étaient disponibles, elles étaient retenues prioritairement ;
- si un nombre suffisant d'études comparatives n'était pas disponible, les études observationnelles descriptives étaient retenues :
 - pour l'évaluation de la mortalité et de la morbidité majeure, seules les études de forte puissance ont été sélectionnées,
 - pour les autres thématiques, les études ont été sélectionnées selon leur pertinence méthodologique et leur spécificité à traiter le thème,
 - les études comparant différentes stratégies de prise en charge des complications postopératoires (douleurs, nausées et vomissements postopératoires, prévention et surveillance de la rétention urinaire) n'ont pas été incluses car l'objectif de cet état des lieux n'est pas d'évaluer ces stratégies.

À titre informatif, deux actes réalisés en ambulatoire font l'objet d'un focus :

- la chirurgie de la cataracte, chirurgie majoritairement réalisée en ambulatoire ;
- et la cholécystectomie par laparoscopie, chirurgie innovante encore peu réalisée en ambulatoire.

Concernant la documentation des aspects économiques et le constat du retard français :

- une recherche de littérature française a été conduite dans la BDSP (Base de données de santé publique) sur la période 2000–2011 complétée par une consultation directe des sites des différents organismes institutionnels (Caisse nationale d'assurance maladie, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Inspection générale des affaires sociales, Assemblée nationale, Cour des comptes, Agence technique pour l'information hospitalière). Elle a permis d'identifier les travaux permettant d'évaluer le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire, le coût pour l'assurance maladie et de préciser les règles tarifaires appliquées ;
- l'analyse a été complétée par une interrogation de deux bases de données : la statistique annuelle des établissements (SAE), les données de l'ENCC et les tarifs des GHM publiés par l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH) ;

Une recherche documentaire, conduite au niveau international, a eu pour objectif d'identifier les études publiées sur le coût de la chirurgie ambulatoire en regard de la chirurgie classique, quel que soit le type d'intervention.

Ce rapport, dans sa version provisoire, a fait l'objet d'une relecture par l'AFCA, la DGOS et l'ATIH en février–mars 2012. Les remarques et contributions entrant dans le cadre des objectifs fixés du socle de connaissances ont été prises en compte.

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Définitions relatives à la chirurgie ambulatoire et leur traduction en français (3).....	12
Figure 1. Évolution de la chirurgie ambulatoire par type de structures aux États-Unis.....	20
Tableau 2. Taux de chirurgie ambulatoire dans les enquêtes IAAS pour une liste de procédures et en % de l'activité totale de chirurgie ou de chirurgie planifiée en Europe et aux États-Unis	22
Tableau 3. Analyse des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire à dire d'experts (19).....	24
Figure 2. Taux de chirurgie ambulatoire et estimation du potentiel pour les différents.....	25
Figure 3. Représentation graphique, par geste marqueur, du taux observé moyen pondéré de chirurgie ambulatoire et des taux moyens pondérés.....	26
Tableau 4. Nombre de lits (hospitalisation complète) et de places (ambulatoire) en chirurgie de 2000 à 2009	27
Tableau 5. Activité et évolution de la chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète de 2004 à 2010 ..	28
Tableau 6. Chirurgie ambulatoire en 2009 pour les interventions mises sous accord préalable par l'assurance maladie.....	30
Figure 4. Taux de recours à la chirurgie en 2010 (pour 1 000 habitants) (taux bruts et taux standardisés sur l'âge) (26).....	31
Figure 5. Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2010 (pour 1 000 habitants) (taux bruts et taux standardisés sur l'âge) France métropolitaine (26)	31
Tableau 7. Nombre de séjours de niveau 1 et J et évolution entre 2009 et 2010 au sein des 19 racines de GHM à tarif unique, part dans le total.....	32
Tableau 8. Description des études observationnelles de grand effectif rapportant les taux de mortalité et de morbidité majeures suite à une chirurgie ambulatoire	47
Tableau 9. Résultats des études INCISO des années 2001, 2004 et 2009 menées en France dans le cadre du programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire des services de chirurgie de l'interrégion Nord	49
Tableau 10. Résultats de la comparaison des taux d'infections du site opératoire (ISO) en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle (score NNIS 0) pour trois interventions traceuses obtenus dans le cadre du système de surveillance des infections du site opératoire allemand (AMBU-KISS).....	50
Tableau 11. Description des études observationnelles évaluant la fréquence des douleurs postopératoires, suite à une chirurgie ambulatoire	51
Tableau 12. Facteurs associés à la douleur postopératoire (définie par une échelle visuelle analogique > 40 mm) le jour de l'intervention et le lendemain selon Gramke <i>et al.</i> , 2009 - résultats issus du modèle logistique multivarié (119).....	54
Tableau 13. Description des études observationnelles évaluant la fréquence des nausées et vomissements postopératoires, suite à une chirurgie ambulatoire	55
Tableau 14. Facteurs associés aux nausées et vomissements postopératoires le jour de l'intervention selon Sinclair <i>et al.</i> - résultats issus du modèle logistique multivarié (120).....	57
Tableau 15. Incidences des symptômes postopératoires observés en chirurgie ambulatoire d'après la revue de la littérature d'études observationnelles d'après Wu <i>et al.</i> 2002 (97).....	59
Tableau 16. Description des études observationnelles évaluant les délais au sein des unités de chirurgie ambulatoire	61
Tableau 17. Description des études observationnelles évaluant les taux d'admission non programmées.....	63
Tableau 18. Causes d'admission non programmée après une chirurgie ambulatoire.....	65
Tableau 19. Facteurs associés aux admissions non programmées la nuit suivant l'intervention selon Gold <i>et al.</i> , 1989 Fortier <i>et al.</i> , 1998 et Fleisher <i>et al.</i> , 2007 - résultats issus des modèles logistiques multivariés (103, 122, 146).....	66
Tableau 20. Description des études observationnelles évaluant les taux de réadmission non programmée en hospitalisation classique	67
Tableau 21. Description des études observationnelles évaluant la satisfaction des patients après une intervention chirurgicale ambulatoire	70
Tableau 22. Synthèse des résultats de la revue Cochrane, Fedorowicz <i>et al.</i> 2011 (175) sur la comparaison de la prise en charge de la cataracte liée à l'âge en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle	75
Tableau 23. Répartition des échantillons exploités	79
Tableau 24. Dépenses globales (en euros) par mode de prise en charge, OQN.....	80
Tableau 25. Dépenses globales (en euros) par mode de prise en charge, DG	81
Tableau 26. Nouveaux GHM sous tarification unique à partir de 2012.....	92
Tableau 27. Nouveaux GHM en J avec tarification unique à partir de 2012.....	93
Tableau 28. Comparaison des coûts par GHM (référentiel de coût 2009) et des tarifs 2011 pour les racines de GHM concernées par la tarification unique, établissements ex-DGF	94
Tableau 29. Comparaison des coûts par GHM (référentiel de coût 2009) et des tarifs 2011 pour les racines de GHM concernées par la tarification unique, établissements ex-OQN	95

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADARPEF	Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CIM	Classification internationale des maladies
CMA	Complications et morbidités associées
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCE	Conseil national de chirurgie de l'enfant
CSP	Code de la santé publique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Diagnostic principal
DG	Dotation globale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ETS	Établissement de santé
GHM	Groupe homogène de malades
IAAS	International Association of Ambulatory Surger
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MSAP	Mise sous accord préalable
OR [IC 95%]	Odds Ratio et intervalle de confiance à 95%
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OQN	Objectifs quantifiés nationaux
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
T2A	Tarifcation à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire

BIBLIOGRAPHIE

1. Nicoll JH. The surgery of infancy. *Br Med J* 1909;2:753-5.
2. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. La chirurgie ambulatoire. Paris: ANAES; 1997.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ca.pdf>.
3. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003.
4. Parmentier G. Suggested international terminology and definitions. A short presentation 2005.
<http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-scientifiques/terminologie-iaas-fr.pdf>.
5. International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.
6. De Lathouwer C, Poullier JP. Ambulatory surgery in 1994-1995: the state of the art in 29 OECD countries. *Ambul Surg* 1998;6:43-55.
7. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris: SFAR; 2009.
http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf.
8. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. *Rev Hosp France* 1995;2:156-71.
9. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Paris: Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports; 2009.
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf.
10. Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. Paris: CREDES; 1997.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1203.pdf>
11. Bontemps G, Coustar N, Toupin M-H. Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire. Conditions du développement. *Technologie et santé CNEH* 2004;(53):1-100.
12. Health Care Statistics, Cullen,KA, Hall,MJ, Golosinskiy,A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics reports n° 11, revised. Hyattsville: NCHS; 2009.
<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr011.pdf>
13. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2011. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2011.
<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2011chartbook.shtml>
14. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2009. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2009.
<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/2009chartbook.shtml>
15. American Hospital Association, Avalere Health. TrendWatch Chartbook 2008. Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington: AHA; 2008.
<http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook-2008chartbook.shtml>
16. De Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? *Ambul Surg* 2000;8(4):191-210.
17. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006.
18. Toftgaard C. Day surgery activities 2009. International survey on ambulatory surgery conducted 2011. *Ambul Surg* 2012;17.3:53-63.
19. Kroneman MW, Westert GP, Groenewegen PP, Delnoij DM. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. *Ambul Surg* 2001;9:147-54.

20. Organisation for Economic Co-operation and Development, Hurst, J, Siciliani, L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. Paris: OECD; 2003.
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>
21. Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France bilan et perspectives. Questions d'économie de la santé 1998;(2).
22. Sourty-Le Guellec MJ. La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. Questions d'économie de la santé 2002;(50):1-6.
23. Busson, O, Doussin, A, Sourty-Le Guellec, MJ. Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. Paris: CREDES; 2000.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1303.pdf>
24. Sourty-Le Guellec MJ. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999. Questions d'économie de la santé 2001;(41):1-6.
25. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Evaluation du potentiel de substitution pour 18 gestes marqueurs en juin 2001. Fascicule 1 : méthode, résultats toutes régions concernées. Paris: CNAMTS; 2003.
26. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale complémentaire. Données 2010. Lyon: ATIH; 2010.
<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3479>
27. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. État des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale. Données 2007-2009. Lyon: ATIH; 2011.
<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3476>
28. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Paris: DREES; 2011.
29. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Progression du taux de chirurgie ambulatoire entre 2006 et 2009, liée à la mise sous accord préalable 2010.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_chir_ambulatoire_vdef.pdf.
30. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé. Paris: DREES; 2010.
31. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. État des lieux et Typologies des établissements de santé en 1999. Paris: CNAMTS; 2003.
32. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Paris: CNAMTS; 2003.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conditions_de_developpement_de_la_chirurgie_ambulatoire.pdf
33. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Étude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. KCE reports vol. 42B. Bruxelles: KCE; 2006.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027346.pdf
34. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A). Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf

35. Spain Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide. Standards and Recommendations. Madrid; 2008.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf
36. Société française de chirurgie digestive, Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation. Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte. J Chir 2010;147(Supplément 4).
37. Jouffroy L, Hartmann G. Aspects réglementaires et architecturaux de la chirurgie ambulatoire. ALRF; 2005.
38. Australian Day Surgery Council. Day surgery in Australia. Report and recommendations of the Australian Day Surgery Council. Melbourne: ADSC; 2004.
<http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/Day%20Surgery%20in%20Australia.pdf>
39. UK Department of Health. Day surgery: operational guide. London: DH; 2002.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487?IdcService=GET_FILE&dID=17206&Rendition=Web
40. South Australia Health Commission. Guidelines for the conduct of day surgery in South Australia. Adelaide: SAHC; 1994.
<http://www.publications.health.sa.gov.au/cgi/view-content.cgi?article=1009&context=med>
41. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia 2011;66(5):417-34.
42. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery. London: RCOA; 2009.
<http://www.rcoa.ac.uk/docs/GPAS-daySurg.pdf>
43. Haute Autorité de santé. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? Saint-Denis la Plaine: HAS; 2010.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf
44. Gandjbakhch I. Bloc opératoire. Rapport. Bull Acad Natl Med 2009;193(4):981-8.
45. British Association of Day Surgery. Skill mix and nursing establishment for day surgery. London: BADS; 2003.
<http://www.daysurgeryuk.net/bads/joomla/files/Handbooks/SkillMix.pdf>
46. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. Chemin clinique. Une méthode d'amélioration de la qualité. Saint-Denis la Plaine: ANAES; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf
47. British Association of Day Surgery. Integrated care pathways for day surgery patients. London: BADS; 2004.
<http://www.daysurgeryuk.net/bads/joomla/files/Handbooks/IntegratedCarePathways.pdf>
48. National Health Services Scotland. The Planned Care Improvement Programme. Day Surgery in Scotland. Edinburgh: NHS Scotland; 2006.
<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/154924/0041643.pdf>
49. Wales Audit Office. Making better use of NHS day surgery in Wales. Cardiff: Auditor General for Wales; 2006.
http://www.wao.gov.uk/assets/englishdocuments/WAO_Day_Surgery_Eng_web.pdf
50. UK Commission for Healthcare Audit and Inspection. Acute hospital portfolio review. Day surgery. London: CQC; 2005.
http://archive.cqc.org.uk/_db/_documents/04018390.pdf
51. Royal College of Nursing. Day Surgery Information. Selection criteria and suitable procedures. London: RCN; 2004.
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78511/001436.pdf
52. Hong Kong College of Anaesthesiologists. Guidelines on anaesthesia for day surgery 2002.
http://www.hkca.edu.hk/ANS/standard_publications/guidep05.pdf

53. Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant. Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans). Recommandations. ADARPEF ; CNCE; 2008.
<http://www.adarpef.ouvaton.org/congresadarpef2009/CNEADARPEF.pdf>
54. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Day case surgery. The Anaesthetist's role in promoting high quality care. London: AAGBI; 1994.
55. Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:1035-41.
56. Royal College of Anaesthetists. Section 5: Day surgery services. London: RCOA; 2006.
<http://www.rcoa.ac.uk/docs/ARB-section5.pdf>
57. Association of periOperative Registered Nurses. AORN Guidance Statement: postoperative patient care in the ambulatory surgery setting. *AORN J* 2005;81(4):881-8.
58. British Association of Day Surgery. Guidelines about the discharge process and the assessment of fitness for discharge. London: BADS; 2002.
<http://www.daysurgeryuk.net/bads/joomla/files/Handbooks/badsdischargecriteria.pdf>
59. Day Surgery Data Project. Report on the analysis of DS indicators available at International level. WP4. DSDP; 2010.
<http://www.dsdp.eu/wp-content/uploads/2010/07/REPORT-WP4-FINALVERSION.pdf>
60. Department of Health Social Services and Public Safety. Day surgery in Northern Ireland. Regional summary. Belfast: DHSSPS; 2002.
http://www.dhsspsni.gov.uk/day_surgery_in_northern_ireland_regional_summary.pdf
61. Association of periOperative Registered Nurses. AORN Guidance Statement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. *AORN J* 2005;81(4):871-8.
62. Joint Commission Accreditation Ambulatory Care. Standards for ambulatory surgery centers. Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2012.
63. Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19(6):622-9.
64. Chung F, Mezei G. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Can J Anaesth* 1999;46(5 Pt 2):R18-R34.
65. Aker J. Safety of ambulatory surgery. *J Perianesth Nurs* 2001;16(6):353-8.
66. Vaghadia H, Scheepers L, Merrick PM. Readmission for bleeding after outpatient surgery. *Can J Anaesth* 1998;45(11):1079-83.
67. Duncan PG, Cohen MM, Tweed WA, Biehl D, Pope WD, Merchant RN, et al. The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: III. Are anaesthetic complications predictable in day surgical practice? *Can J Anaesth* 1992;39(5 Pt 1):440-8.
68. Mezei G, Chung F. Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. *Ann Surg* 1999;230(5):721-7.
69. Majholm B, Engbaek J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012;56(3):323-31.
70. Vila H, Soto R, Cantor AB, Mackey D. Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. *Arch Surg* 2003;138(9):991-5.
71. Engbaek J, Bartholdy J, Hjortso NC. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(8):911-9.
72. Natof HE. Complications associated with ambulatory surgery. *JAMA* 1980;244(10):1116-8.
73. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA* 1993;270(12):1437-41.

74. Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1993;21(6):822-7.
75. Mattila K, Hynynen M, Intensium Consortium Study Group. Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(4):455-63.
76. Samama CM. Faut-il une prévention de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) en chirurgie ambulatoire ? *Prat Anesth Reanim* 2009;13(3):165-7.
77. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire: résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000. *Ann Chir* 2002;127(4):262-7.
78. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Octobre 2001. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2001.
<http://www.cclinparisnord.org/inciso/2001/rapport2001.pdf>
79. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Novembre 2004. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2004.
80. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Novembre 2010. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2010.
http://www.cclinparisnord.org/Inciso/2010/Rapport_INCISO10.pdf
81. Mlangeni D, Babikir R, Dettenkofer M, Daschner F, Gastmeier P, Ruden H. AMBU-KISS: quality control in ambulatory surgery. *Am J Infect Control* 2005;33(1):11-4.
82. Australian Government. Australian guidelines for the prevention and control of infection healthcare. Canberra: NHMRC; 2010.
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/consult/consultations/ICG_draft_10jan10.pdf
83. National Institute for Health and Clinical Excellence. Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection. London: NICE; 2008.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG74NICEGuideline.pdf>
84. Bettelli G. High risk patients in day surgery. *Minerva Anesthesiol* 2009;75(5):259-68.
85. Lemarie M, Compère V, Fourdrinier V, Lignot S, Legrand L, Marguerite C, et al. Evaluation de l'impact d'une prescription d'antalgiques réalisée lors de la consultation d'anesthésie sur l'incidence de la douleur à domicile en chirurgie ambulatoire orthopédique. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(12):883-7.
86. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41(8):1017-22.
87. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 1998;45(4):304-11.
88. Mackintosh C, Bowles S. Audit of postoperative pain following day case surgery. *Br J Nurs* 1998;7(11):641-5.
89. Pavlin DJ, Chen C, Penalzoza DA, Buckley FP. A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *J Clin Anesth* 2004;16(3):200-6.
90. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997;85(4):808-16.
91. Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Raps F, Kessels AG, Peters ML, et al. The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital. *Clin J Pain* 2007;23(6):543-8.

92. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Can J Anaesth* 2004;51(9):886-91.
93. Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA, Polissar NL, Buckley FP. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2002;95(3):627-34, table.
94. Ismail S, Hussain AM. Adequacy of postoperative pain relief after discharge. *J Pak Med Assoc* 2007;57(7):371-3.
95. Rosén HI, Bergh IH, Odén A, Mårtensson LB. Patients experiences of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three months. *Open Nurs J* 2011;5:52-9.
96. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg* 2005;101(6):1643-50.
97. Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology* 2002;96(4):994-1003.
98. Chung F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1995;80(5):896-902.
99. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesth Analg* 1998;87(4):816-26.
100. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999;89(6):1352-9.
101. Junger A, Klasen J, Benson M, Sciuk G, Hartmann B, Sticher J, et al. Factors determining length of stay of surgical day-case patients. *Eur J Anaesthesiol* 2001;18(5):314-21.
102. Awad IT, Moore M, Rushe C, Elburki A, O'Brien K, Warde D. Unplanned hospital admission in children undergoing day-case surgery. *Eur J Anaesthesiol* 2004;21(5):379-83.
103. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery: a prospective study. *Can J Anaesth* 1998;45(7):612-9.
104. Fancourt-Smith PF, Hornstein J, Jenkins LC. Hospital admissions from the Surgical Day Care Centre of Vancouver General Hospital 1977-1987. *Can J Anaesth* 1990;37(6):699-704.
105. Greenburg AG, Greenburg JP, Tewel A, Breen C, Machin O, Mcrae S. Hospital admission following ambulatory surgery. *Am J Surg* 1996;172(1):21-3.
106. Tham C, Koh KF. Unanticipated admission after day surgery. *Singapore Med J* 2002;43(10):522-6.
107. Twersky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997;84(2):319-24.
108. Coley KC, Williams BA, Dapos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002;14(5):349-53.
109. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg* 1994;81(11):1635-8.
110. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armani S, Chung F. Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth* 2001;86(2):272-4.
111. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999;8(2):86-91.
112. Tarazi EM, Philip BK. Friendliness of OR staff is top determinant of patient satisfaction with outpatient surgery. *Am J Anesthesiol* 1998;25(4):154-7.
113. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997;87(4):856-64.
114. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth* 2009;21(3):200-5.

115. Chung F, Mezei G, Tong D. Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. *Can J Anaesth* 1999;46(4):309-21.
116. Philip BK. Patients' assessment of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth* 1992;4(5):355-8.
117. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth* 1996;43(11):1121-7.
118. McGrath B, Chung F. Postoperative recovery and discharge. *Anesthesiol Clin North America* 2003;21(2):367-86.
119. Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, et al. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain* 2009;25(6):455-60.
120. Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology* 1999;91(1):109-18.
121. Parra-Sanchez I, Abdallah R, You J, Fu AZ, Grady M, Cummings K, et al. A time-motion economic analysis of postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery [prépublication en ligne]. *Can J Anaesth* 2012.
122. Gold BS, Kitz DS, Lecky JH, Neuhaus JM. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. *JAMA* 1989;262(21):3008-10.
123. Society for Ambulatory Anesthesia, Gan TJ, Meyer TA, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, et al. Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2007;105(6):1615-28, table.
124. Pavlin DJ, Pavlin EG, Gunn HC, Taraday JK, Koerschgen ME. Voiding in patients managed with or without ultrasound monitoring of bladder volume after outpatient surgery. *Anesth Analg* 1999;89(1):90-7.
125. Pavlin DJ, Pavlin EG, Fitzgibbon DR, Koerschgen ME, Plitt TM. Management of bladder function after outpatient surgery. *Anesthesiology* 1999;91(1):42-50.
126. Chung F, Kayumov L, Sinclair DR, Edward R, Moller HJ, Shapiro CM. What is the driving performance of ambulatory surgical patients after general anesthesia? *Anesthesiology* 2005;103(5):951-6.
127. Chung F, Assmann N. Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort. *Anesth Analg* 2008;106(3):817-20, table.
128. Grenier B, Dubreuil M, Siao D, Meymat Y. Paediatric day case anaesthesia: estimate of its quality at home. *Paediatr Anaesth* 1998;8(6):485-9.
129. Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth* 1999;9(3):243-51.
130. Kotiniemi LH, Ryhänen PT, Valanne J, Jokela R, Mustonen A, Poukkula E. Postoperative symptoms at home following day-case surgery in children: a multicentre survey of 551 children. *Anaesthesia* 1997;52(10):963-9.
131. Letts M, Davidson D, Splinter W, Conway P. Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. *Can J Surg* 2001;44(3):193-8.
132. Segerdahl M, Warren-Stomberg M, Rawal N, Bratwall M, Jakobsson J. Children in day surgery: clinical practice and routines. The results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52(6):821-8.
133. Hicklin L, Tostevin PM, Wyatt ME. Parental satisfaction with paediatric day-case ENT surgery. *J Laryngol Otol* 1999;113(12):1072-5.
134. Darbyshire P. Mothers' experiences of their child's recovery in hospital and at home: a qualitative investigation. *J Child Health Care* 2003;7(4):291-312.
135. Jonas DA. Parent's management of their child's pain in the home following day surgery. *J Child Health Care* 2003;7(3):150-62.
136. Faponle AF, Usang UE. Post-operative symptoms at home in children following day case surgery. *Middle East J Anesthesiol* 2007;19(1):185-96.

137. Minai F, Shafiq F, Rehman A. Audit of postoperative nausea and vomiting in paediatric day case surgery. *J Pak Med Assoc* 2011;61(3):273-6.
138. Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant, Leculée R, Courrèges P. Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans: recommandations CNCE/ADARPEF. *Arch Pediatr* 2010;17(6):844-5.
139. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. *Arch Surg* 2004;139(1):67-72.
140. Canadian Ambulatory Anesthesia Research and Education, Bryson GL, Chung F, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, et al. Patient selection in ambulatory anesthesia. An evidence-based review: part I. *Can J Anaesth* 2004;51(8):768-81.
141. Canet J, Raeder J, Rasmussen LS, Enlund M, Kuipers HM, Hanning CD, et al. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47(10):1204-10.
142. Australian Council on Healthcare Standards. Determining the potential to improve the quality of care in Australian health care organisations. ACHS clinical indicator results for Australia and New Zealand 1998-2003. Sydney: ACHS; 2004.
143. Levin P, Stanziola A, Hand R. Postoperative hospital retention following ambulatory surgery in a hospital-based program. *Qual Assur Util Rev* 1990;5(3):90-4.
144. Johnson CD, Jarrett PE. Admission to hospital after day case surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1990;72(4):225-8.
145. Rudkin GE, Osborne GA, Doyle CE. Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital. *Med J Aust* 1993;158(5):308-12.
146. Fleisher LA, Pasternak LR, Lyles A. A novel index of elevated risk of inpatient hospital admission immediately following outpatient surgery. *Arch Surg* 2007;142(3):263-8.
147. Davies KE, Houghton K, Montgomery JE. Obesity and day-case surgery. *Anaesthesia* 2001;56(11):1112-5.
148. Hofer RE, Kai T, Decker PA, Warner DO. Obesity as a risk factor for unanticipated admissions after ambulatory surgery. *Mayo Clin Proc* 2008;83(8):908-16.
149. Margovsky A. Unplanned admissions in day-case surgery as a clinical indicator for quality assurance. *Aust N Z J Surg* 2000;70(3):216-20.
150. Harahsheh BS. Unexpected admissions following a day case surgery. *Saudi Med J* 2001;22(10):882-4.
151. Shirakami G, Teratani Y, Namba T, Hirakata H, Tazuke-Nishimura M, Fukuda K. Delayed discharge and acceptability of ambulatory surgery in adult outpatients receiving general anesthesia. *J Anesth* 2005;19(2):93-101.
152. Blacoe DA, Cuning E, Bell G. Paediatric day-case surgery: an audit of unplanned hospital admission Royal Hospital for Sick Children, Glasgow. *Anaesthesia* 2008;63(6):610-5.
153. Henderson J, Goldacre MJ, Griffith M, Simmons HM. Day case surgery: geographical variation, trends and readmission rates. *J Epidemiol Community Health* 1989;43(3):301-5.
154. Sibbritt DW. Readmissions of day-only patients in NSW acute hospitals. *J Qual Clin Pract* 1994;14(1):31-8.
155. Deutsch N, Wu CL. Patient outcomes following ambulatory anesthesia. *Anesthesiol Clin North America* 2003;21(2):403-15.
156. Icenhour ML. Quality interpersonal care. A study of ambulatory surgery patients' perspectives. *AORN J* 1988;47(6):1414-9.
157. Hawkshaw D. A day surgery patient telephone follow-up survey. *Br J Nurs* 1994;3(7):348-50.
158. Rudkin GE, Bacon AK, Burrow B, Chapman MH, Claxton M, Donovan B, et al. Review of efficiencies and patient satisfaction in Australian and New Zealand day surgery units: a pilot study. *Anaesth Intensive Care* 1996;24(1):74-8.

159. Aldwinckle RJ, Montgomery JE. Unplanned admission rates and postdischarge complications in patients over the age of 70 following day case surgery. *Anaesthesia* 2004;59(1):57-9.
160. Canouï-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008;39(4):323-30.
161. Holland MS, Counte MA, Hinrichs BG. Determinants of patient satisfaction with outpatient surgery. *Qual Manag Health Care* 1995;4(1):82-90.
162. Fung D, Cohen M. What do outpatients value most in their anesthesia care? *Can J Anaesth* 2001;48(1):12-9.
163. de Jesus G, Abbotts S, Collins B, Burvill A. Same day surgery: results of a patient satisfaction survey. *J Qual Clin Pract* 1996;16(3):165-73.
164. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998;87(5):1089-98.
165. Mattila, K. Day Surgery in Finland. Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Academic dissertation. Helsinki: University of Helsinki; 2010.
166. Chanthong P, Abrishami A, Wong J, Herrera F, Chung F. Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology* 2009;110(5):1061-7.
167. Swan BA, Maislin G, Traber KB. Symptom distress and functional status changes during the first seven days after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1998;86(4):739-45.
168. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, Fleisher LA, Tuman KJ, Twersky RS, et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesth Analg* 2000;91(1):97-106.
169. Wong J, Tong D, De Silva Y, Abrishami A, Chung F. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology* 2009;110(3):596-602.
170. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg* 1999;88(1):83-90.
171. Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC. Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot survey of general practitioners' views. *Anesth Analg* 2002;95(5):1258-62.
172. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Dépenses de l'assurance maladie : étude comparative entre les prises en charge en hospitalisation complète et ambulatoire en 2001. Paris: CNAMTS; 2003.
173. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: OECD; 2011.
174. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français : une évolution positive entre 2006 et 2008 2009. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_Chirurgie_ambulatoire_vdef2.pdf.
175. Fedorowicz Z, Lawrence D, Gutierrez P, van Zuuren EJ. Day care versus in-patient surgery for age-related cataract. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;7:CD004242.
176. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 2008;95(2):161-8.
177. Ahmad NZ, Byrnes G, Naqvi SA. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2008;22(9):1928-34.
178. Bona S, Monzani R, Fumagalli Romario U, Zago M, Mariani D, Rosati R. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of 250 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31(11):1010-5.

179. Paquette IM, Smink D, Finlayson SR. Outpatient cholecystectomy at hospitals versus freestanding ambulatory surgical centers. *J Am Coll Surg* 2008;206(2):301-5.
180. Jain PK, Hayden JD, Sedman PC, Royston CM, O'Boyle CJ. A prospective study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy: training economic, and patient benefits. *Surg Endosc* 2005;19(8):1082-5.
181. Castells X, Alonso J, Castilla M, Ribo C, Cots F, Anto JM. Outcomes and costs of outpatient and inpatient cataract surgery: a randomised clinical trial. *J Clin Epidemiol* 2001;54(1):23-9.
182. Kalady MF, Fields RC, Klein S, Nielsen KC, Mantyh CR, Ludwig KA. Loop ileostomy closure at an ambulatory surgery facility: a safe and cost-effective alternative to routine hospitalization. *Dis Colon Rectum* 2003;46(4):486-90.
183. Virtanen H, Salanterä S, Johansson K, Heikkinen K, Hiltunen A, Kaljonen A, et al. A survey of patients' personal expenditure related to ambulatory surgery. *Ambul Surg* 2009;15(4):73-6.
184. Ibáñez R, Sánchez JC, Al Saied SA, Vallejo JA, Canales JM, Priet CB, et al. Study of accessibility costs and satisfaction comparing a MAS unit incorporated in a Hospital versus a theoretical model in a peripheral centre. *Cir Esp* 2011;89(1):42-54.
185. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press; 2011.
186. Cour des comptes. La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours. In: Cour des comptes, ed. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2009*. Paris: Cour des comptes; 2009. p. 171-212.
187. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*. Paris: MEAH; 2009. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Nouvelle_gouvernance_et_compta_analytique_2009.pdf
188. Mallot, J. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital. Paris: Assemblée nationale; 2010. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>
189. Commission des comptes de la sécurité sociale. *Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2009, prévisions 2010*. Paris: Commission des comptes de la sécurité sociale; 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000286/0000.pdf>
190. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. *Evolution de la notion de séjours bas en v10 et en v11*. Lyon: ATIH; 2009. <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=2531>
191. Cash, E, Cash, R, Dupilet, C, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Rapport final*. Paris: DREES; 2011. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud106.pdf>
192. Cash E, Cash R, Dupilet C. *La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Dossiers Solidarité et Santé* 2011;(21):1-31.
193. Direction générale de l'offre de soins. *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*. Paris: DGOS; 2012. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_CPOM_2012.pdf
194. Day Surgery Data Project. *Report on DS current organization and performance in participating countries*. WP4. DSDP; 2011. http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe_finalreportwp4.pdf
195. Société française d'anesthésie et de réanimation. *Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Conférence d'experts. Texte court*. Paris: SFAR; 2007. http://www.sfar.org/_docs/articles/cexp_nvpo.pdf

196. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Evolution des parts de marché de la chirurgie «classique» dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives. Paris: CNAMTS; 2004. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Evolution_des_parts_de_marche.pdf

197. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Évaluation du potentiel de substitution pour 18 gestes marqueurs en juin 2001. Fascicule 2 : résultats régionaux. Paris: CNAMTS; 2003.

198. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et Leviers. Enquête d'opinion de professionnels dans les établissements de santé en 2001. Paris: CNAMTS; 2003. [http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/\\$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf)

ANNEXE 1. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche a abordé la chirurgie ambulatoire dans sa globalité, et non par indication.

Les recherches documentaires ont été conduites de juin 2011 à mars 2012, et ont servi de base de travail à l'ensemble du projet à la fois sur les aspects organisationnels et sur les aspects cliniques

Source d'informations

- Bases de données bibliographiques automatisées :
 - Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
 - Econlit ;
 - *The Cochrane Library* (*Wiley Interscience*, États-Unis) ;
 - BDSP – Banque de données en santé publique ;
 - *National Guideline Clearinghouse* (*Agency for Healthcare Research and Quality*, États-Unis) ;
 - HTA Database (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*).
- Stratégie de recherche documentaire (tableau ci-après) :
 - Nombre total de références obtenues : 8 797
 - Nombre total de références analysées : 953
 - Nombre de références retenues : 198

Reuves

En complément, les sommaires des revues suivantes ont été exploités tout au long du projet :

- *Annals of Internal Medicine* ;
- *Archives of Internal Medicine* ;
- *British Medical Journal* ;
- *Canadian Medical Association Journal* ;
- *JAMA* ;
- *Lancet*,
- *New England Journal of Medicine* ;
- *Presse Médicale* ;
- *Surgery* ;
- *Ambulatory Surgery* ;
- *British Journal of Surgery* ;
- *Archives of Surgery* ;
- « *Annales de Chirurgie* » ;
- « *Journal de Chirurgie* ».

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations		01/2000-02/2012	
Étape 1	"Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh] OR "Surgicenters"[Mesh] OR (Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery) Field: Title		
ET			
Étape 2	Guidelines as Topic[MeSH] OR Practice Guidelines as Topic[MeSH] OR Health Planning Guidelines[MeSH] OR Guideline[Publication Type] OR "Standard of Care"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference, NIH" [Publication Type] OR "Consensus Development Conference" [Publication Type] Or (consensus OR guideline* OR recommend* Or standard) Field: Title		99
Chemin clinique		01/1990-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 3	"Critical Pathways"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh:NoExp] OR (protocol OR pathway) Field: Title		109
Réadmission (tous types d'études)		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 4	"Patient Readmission"[Mesh] OR (re-admission OR readmission) Title		58
Anesthésie / Méta-analyses, revues systématiques		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 5	"Anesthesia"[Majr] OR Anesthes*[Title] AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Field: Title/Abstract		11
Anesthésie / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 6	"Anesthesia"[Majr] OR Anesthes*[Title] AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR Random*[title :abstract]		265

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Complications anesthésiques chez l'enfant		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 7	("Anesthesia"[Mesh] OR Anesthes* Field: Title) AND mortality Or death OR "mortality"[Mesh] OR "Cause of Death"[Mesh] Field: Title OR "Postoperative Complications"[Mesh] OR "Anesthesia/ complications"[Mesh] OR "intraoperative complications"[Mesh] OR complication* Field: Title) AND ("child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR child* Or infan* or pediatric* or paediatric Field: Title)		67
Complications anesthésiques chez la personne âgée		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 8	("Anesthesia"[Mesh] OR Anesthes* Field: Title) AND mortality Or death OR "mortality"[Mesh] OR "Cause of Death"[Mesh] Field: Title OR "Postoperative Complications"[Mesh] OR "Anesthesia/ complications"[Mesh] OR "intraoperative complications"[Mesh] OR complication* Field: Title) AND "Aged"[Mesh] OR elder*Field: Title		117
Complications / Méta-analyses, revues systématiques		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 9	("Postoperative Complications"[Mesh] OR "intraoperative complications"[Mesh] OR complication*Field: Title) OR "Ambulatory Surgical Procedures/adverse effects"[Mesh] AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Field: Title/Abstract])		33
Complications / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 10	("Postoperative Complications"[Mesh] OR "intraoperative complications"[Mesh] OR complication*Field: Title) OR "Ambulatory Surgical Procedures/adverse effects"[Mesh] AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* [title:abstract])		374

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Douleur postopératoire		01/2005-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 11	"Pain, Postoperative"[Mesh:NoExp] Or pain Field: title	181	
Nausées/vomissements		01/2005-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 12	"Postoperative Nausea and Vomiting"[Mesh] OR Nausea OR Vomit? Field: Title		107
Rétention urinaire		01/2005-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 13	"Urinary Retention"[Mesh] Or urinary retention Field: Title	10	
Sortie du patient / Tous types d'études		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 14	"Patient Discharge"[Mesh] OR discharge Field: Title]		177
Mortalité / Tous types d'études		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 15	(mortality Or death Field: Title OR "mortality"[Mesh] OR "Cause of Death"[Mesh]) OR "Ambulatory Surgical Procedures/mortality"[Mesh]		105
Prise en charge de l'enfant / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 16	("child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR child* Or infan** or pediatric* or paediatric Field: Title AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random*[title:abstract]		39

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Prise en charge de l'enfant / tous types d'études sauf essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 17	("child"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR child* Or infan** or pediatric* or paediatric Field: Title NOT "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random*[title:abstract])		177
Prise en charge postopératoire / Revues de littérature, méta-analyses		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 18	("Postoperative Period"[Mesh] OR "Postoperative Care"[Mesh] OR "Pain, Postoperative"[Mesh] OR "Postoperative Hemorrhage"[Mesh] OR "Postoperative Nausea and Vomiting"[Mesh]) AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" Field:Title/Abstract		25
Prise en charge postopératoire / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 19	("Postoperative Period"[Mesh] OR "Postoperative Care"[Mesh] OR "Pain, Postoperative"[Mesh] OR "Postoperative Hemorrhage"[Mesh] OR "Postoperative Nausea and Vomiting"[Mesh]) AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field:Title/Abstract		359
Qualité de vie / Tous types d'études		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 20	("Quality of Life"[Mesh] or quality of life Field: Title)		68
Gestion des risques, sécurité des patients / Revues de littérature, méta-analyses		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 21	(patient safety Or risk management) Field: Title OR "Risk Management"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh] AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" Field :Title/Abstract		3

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Gestion des risques, sécurité des patients / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 22	(patient safety Or risk management) Field: Title OR "Risk Management"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh] AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field:Title/ Abstract		22
Satisfaction de patients et des professionnels méta-analyses, revues systématiques		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 23	("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Consumer Satisfaction"[Mesh]) AND Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" Field : Title		8
Satisfaction de patients et des professionnels / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 24	AND ("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Consumer Satisfaction"[Mesh]) AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field : Title/Abstract		88
Sélection des patients méta-analyses, revues systématiques		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 25	patient Selection Field: Title OR "patient selection"[Mesh]) AND Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" Field : Title		2
Sélection des patients / Essais contrôlés randomisés		01/2000-02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 26	(Patient Selection Field: Title OR "patient selection"[Mesh]) AND "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field : Title/Abstract		10

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
« Chirurgie ambulatoire » versus « chirurgie avec hospitalisation classique complète »		01/2000–02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 27	"in hospital" OR "in-patient" OR "in patient" OR traditional OR overnight Field: Title		77
Admission		01/2000–02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 28	"Patient Admission"[Mesh] or admission Field : Title		83
Infections nosocomiales en chirurgie ambulatoire		01/2000–02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 29	"Cross Infection"[Mesh] OR "Surgical Wound Infection"[Mesh] Or infection Field : Title	80	
Aspects économiques		01/2000–02/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 30	"Accounting"[Mesh] OR "Financial Management"[Mesh] OR "Financial Management, Hospital"[Mesh] OR "Health Expenditures"[Mesh] OR "Marketing of Health Services"[Mesh] OR "Reimbursement Mechanisms"[Mesh] OR "Physician Incentive Plans"[Mesh] OR Reimbursement, Incentive OR Reimbursement Mechanisms OR "Financing, Organized"[Mesh] OR "Diagnosis-Related Groups"[Mesh] OR "Prospective Payment System"[Mesh] OR "Economics, Hospital"[Mesh] OR "Economics"[Mesh] "Cost Allocation"[MeSH] OR "Cost-Benefit Analysis"[MeSH] OR "Costs and Cost Analysis"[MeSH] OR "Cost Control"[MeSH] OR "Cost Savings"[MeSH] OR "Cost of Illness"[MeSH] OR "Health Care Costs"[MeSH] OR "Economics, Medical"[Mesh] OR "economics"[MeSH] OR "Cost Sharing"[Mesh] OR Cost OR economic* OR indirect cost OR reimbursement OR payment OR Payment for performance OR (P4P) OR Payment by results Field : Title OR "Ambulatory Surgical Procedures/economics"[Mesh] OR Surgicenters/economics"[Mesh]	652	

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Aspects organisationnels (tous types d'études)		01/2000–02/2012	
Étape 31	"Ambulatory Surgical Procedures"[Majr] OR "Surgicenters"[Majr] OR Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery Field: Title AND "Organization and Administration"[Majr:NoExp] OR "Capacity Building"[Majr] OR "Decision Making, Organizational"[Majr] OR "Fee Schedules"[Majr] OR "Health Facility Administration"[Majr] OR "Health Facilities"[Majr] OR "Health Personnel"[Majr] OR "Maintenance"[Majr] OR "Financial Management, Hospital"[Majr] OR "Materials Management, Hospital"[Majr] OR "Management Information Systems"[Majr] OR "Models, Organizational"[Majr] OR "Personnel Management"[Majr] OR "Waiting Lists"[Majr] OR "Patient Selection"[Majr] OR "Patient Readmission"[Majr] OR "Organizational Culture"[Majr] OR "Organizational Objectives"[Majr] OR "Program Development"[Majr] OR "Risk Management"[Majr] OR "Safety Management"[Majr] OR "Time Management"[Majr] Or organiz* Field: Title AND "Comparative Effectiveness Research"[Mesh] OR "Efficiency"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Peer Review, Health Care"[Mesh] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh] OR "Management Audit"[Mesh] OR "Financial Audit"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Total Quality Management"[Mesh] OR "Total Quality Management"[Mesh] OR "Reference Standards"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Management Quality Circles"[Mesh] OR "Total Quality Management"[Mesh] OR "Quality Control"[Mesh] OR "Quality Improvement"[Mesh] OR "Utilization Review"[Mesh] OR "Health Care Evaluation Mechanisms"[Mesh] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] Or performance Or efficiency Or effectiveness Field: Title		766
Littérature française			
Étape 32	"chirurgie ambulatoire" Or chirurgie sans hospitalisation OU chirurgie d'un jour		262

SITES INTERNET

Les sites internet internationaux des sociétés de chirurgie ambulatoire, des sociétés savantes de chirurgie générale ou spécialisée, d'anesthésie, des agences d'accréditation, des agences de sécurité du patient et l'amélioration

de la qualité des soins, et enfin les sites d'économie de la santé et des autorités administratives ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement.

Organismes	URL
Adelaide Health Technology Assessment	www.adelaide.edu.au/ahta
Agence technique de l'information hospitalière	www.atih.sante.fr
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña	www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/Du8/index.html
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia	www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538
Agency for Healthcare Research and Quality	www.ahrq.gov
Agency for Healthcare Research and Quality /National Quality Measures	qualitymeasures.ahrq.gov
Agency for Healthcare Research and Quality /Patient Safety Network	psnet.ahrq.gov
Alberta Heritage Foundation for Medical Research	hwww.rso.ualberta.ca/ahfmr.cfm
Ambulatory Surgery Center Association	www.ascassociation.org/Home
American Academy of Pediatrics	www.aap.org
American Academy of Ophthalmology	www.aaoo.org
American College of Physicians	hwww.acponline.org
American College of Surgeons	www.facs.org
American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	www.aaaasf.org
American Medical Association	www.ama-assn.org
American Society of Anesthesiologists	www.asahq.org
American Society of Colon and Rectal Surgeons	www.fascrs.org
Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)	web.asecma.org
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	www.fascrs.org/physicians
Association française de chirurgie ambulatoire	www.chirurgie-ambulatoire.org
Association française de pédiatrie ambulatoire	www.afpa.org
Association des anesthésistes-réanimateurs d'expression française	www.adarpef.org
Association belge pour la chirurgie ambulatoire	www.baas.be/mn_francais.htm
Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland	www.apagbi.org.uk
Assurance maladie	www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/les-missions-de-la-cnamts.php
Audit Commission (UK)	www.audit-commission.gov.uk/Pages/default.aspx
Australian Patient Safety Foundation	www.apsf.net.au

Organismes	URL
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	www.safetyandquality.gov.au
Australian Council on Healthcare Standards	www.achs.org.au
Australian Day Hospital Association	www.adha.asn.au
Australian Day Surgery Nurses Association	www.adsna.info
Australian Government – Department of Health and Ageing	www.health.gov.au
Blue Cross Blue Shield Association – Technology Evaluation Center	www.bcbs.com
Bibliothèque médicale Lemanissier	www.bmlweb.org
British Association of Day Surgery	daysurgeryuk.net/bads/joomla
British Association of Pediatric surgeons	www.baps.org.uk
British Society of Gastroenterology	www.bsg.org.uk
Canadian Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities	caaasf.org
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	cadth.ca
Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine	www.cceccqa.asso.fr
Centers for Disease Control and Prevention	www.cdc.gov
California Technology Assessment Forum	www.ctaf.org
CHKS Healthcare Accreditation & Quality Unit	www.chks.co.uk
Care quality commission	www.cqc.org.uk
Canadian Anesthesiologists' Society	www.cas.ca
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	kce.fgov.be/fr
CISMeF	www.chu-rouen.fr/cismef
CMAInfobase	www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm
Collège des médecins du Québec	www.cmq.org
College of Physicians and Surgeons of Ontario	www.cpso.on.ca
Cochrane Library Database	www.cochrane.org
Collège français des anesthésistes et réanimateurs	www.cfar.org
Council for Health Service Accreditation of Southern Africa	www.cohsasa.co.za
Cour des comptes	www.ccomptes.fr/fr/JF/Accueil.html
Conseil canadien d'agrément des services de santé	www.accreditation.ca
Centre for Review and Dissemination databases	www.york.ac.uk/inst/crd
Danish Association of Day Surgery	www.dsd.dk
Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare	www.ikas.dk/English.aspx
DaySafe	www.daysafe.eu

Organismes	URL
Department of Health (UK)	www.dh.gov.uk/en/index.htm
Department of Health and Human Services, Tasmania	www.dhhs.tas.gov.au
Department of Health, Victoria	www.health.vic.gov.au
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html
Dutch Association of Day Care & Short Stay	www.nvdk.nl
ECRI Institute	www.ecri.org
Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision	www.etsad.fr/etsad/index.php
European Society of Anaesthesiology	www.euroanesthesia.org
European Network of Economic Policy Research Institutes	www.enepri.org
European Society of Gastrointestinal Endoscopy	www.esge.com
European Network for Patient Safety	90plan.ovh.net/~extranet
Euroscan	euroscan.org.uk
Fédération hospitalière de France	www.fhf.fr
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	www.fehap.fr
Fondation pour la sécurité des patients	www.patientensicherheit.ch/fr/actualite.html
German Association for Ambulatory Surgery	www.operieren.de
GIN (Guidelines International Network)	www.g-i-n.net
Haut Conseil de la Santé publique	www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil
Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
Health and Safety Commission	www.hse.gov.uk
Health Economics Research and Evaluation	www.chere.uts.edu.au/about/index.html
Health foundation	www.health.org.uk
Health Information and Quality Authority	www.hiqa.ie
Health Quality and Safety Commission of New Zealand	www.hqsc.govt.nz
Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery	www.sicads.com
Health Quality Service	www.ukaf.org.uk/HQS.htm
King's Fund	www.kingsfund.org.uk
Horizon Scanning	www.horizonsscanning.gov.au
Ideas Repec database	repec.org
Inspection générale des affaires sociales	www.igas.gouv.fr

Organismes	URL
Institut de santé et d'économie	www.isesuisse.ch/fr/index.htm
Institute for Health Economics Alberta	www.ihe.ca
Institut canadien pour la sécurité des patients	hwww.patientsafetyinstitute.ca/french/Pages/default.aspx
Institute for Healthcare Improvement	www.ihl.org/Pages/default.aspx
Institute for Clinical Evaluative Sciences	www.ices.on.ca
Institute for Clinical Systems Improvement	www.icsi.org
Institute of Medicine (IOM)	www.iom.edu
International Health Economics Association	www.healtheconomics.org
International Association for Ambulatory Surgery	www.iaas-med.com
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	www.inesss.qc.ca
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
Iowa Healthcare collaborative	www.ihconline.org
Institut de recherche et documentation en économie de la Santé	www.irdes.fr
Joanna Briggs Institute	www.joannabriggs.edu.au
Joint Commission	www.jointcommission.org
Journées d'enseignement postuniversitaire d'anesthésie réanimation	www.jepu.net
London school of Economics	www2.lse.ac.uk/home.aspx
Medical Services Advisory Committee	www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/home-1
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports	www.sante.gouv.fr
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales	www.msps.es/en/home.htm
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	www.hta.ac.uk
National Horizon Scanning Centre	www.nhsc-healthhorizons.org.uk
National Health and Medical Research Council	www.nhmrc.gov.au
National Health Service Institute Innovation and Improvement	www.institute.nhs.uk
Healthcare Quality Improvement Scotland	www.healthcareimprovementscotland.org/home.aspx
National Institute for Health and Clinical Excellence	www.nice.org.uk
National Institutes of Health	consensus.nih.gov
National Patient Safety Goals (Joint Commission)	www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
National Patient Safety Foundation	www.npsf.org

Organismes	URL
National Patient Safety Agency	www.npsa.nhs.uk
New Zealand Guidelines Group	www.nzgg.org.nz
Norwegian Day Surgery Association (NORDAF)	www.nordaf.no
Organisation de coopération et de développement économiques	www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1_1,00.html
Ontario Health Technology Advisory Committee	www.hqontario.ca/en/mas/ohnac_home.html
Patient Safety Institute	www.patientsafetyinstitute.ca/french/Pages/default.aspx
Portuguese Association of Ambulatory Surgery (APCA)	www.apca.com.pt
RAND Corporation	www.rand.org/topics/health-and-health-care.html
Royal Australasian College of Surgeons	www.surgeons.org
Royal College of Anaesthetists	www.rcoa.ac.uk
Royal College of Ophthalmologists	www.rcophth.ac.uk
Royal College of Nursing	www.rcn.org.uk
Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	www.sign.ac.uk
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA	www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste02/es/contenidos/informacion/osteba_presentacion/es_osteba/osteba_presentacion.html
Singapore Ministry of Health	www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
Société française de pédiatrie	www.sfpediatric.com
Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique	www.sofcot.fr
Société française ophtalmologie	www.sfo.asso.fr
Société française de médecine générale	www.sfm.org/accueil
Société française d'hygiène hospitalière	www.sf2h.net
Société française d'anesthésie et de réanimation	www.sfar.org/accueil
Société française d'endoscopie digestive	www.sfed.org
Société nationale française de gastro-entérologie	www.snfge.asso.fr
Society for Ambulatory Anesthesia	www.sambahq.org
Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons	www.sages.org
Society for Pediatric Anesthesia	www.pedsanesthesia.org
Stockholm School of Economics	www.hhs.se/Pages/default.aspx
Swedish Institute for Health Economics	www.ihe.se/start-2.aspx
Tripdatabase	www.tripdatabase.com
Wales Audit Office	www.wao.gov.uk



Organismes	URL
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	www.wmhtac.bham.ac.uk
World Federation of Societies of Anaesthesiologists	www.anaesthesiologists.org
World Health Organization	www.who.int/en

ANNEXE 2. TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Code de la santé publique (droit en vigueur)

Article D. 712-31 modifié par Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 – art. 1 JORF 15 décembre 2000 abrogé par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 4 2° JORF 26 juillet 2005.

legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6D25310C329EBF87A120876B97DACF2C.tpdjo03v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692129&dateTexte=20120316&categorieLien=cid#LEGIARTI000006692129

Article L. 6111-1 modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (V) modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (V).

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886454&dateTexte=

Article L. 6111-2 modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (V) modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (V).

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886452&dateTexte=

Article R. 6121-4 modifié par Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 – art. 1 JORF 24 février 2007 en vigueur le 1er mars 2007.

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006916675&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080506&fastPos=1&fastReqId=1795338813&oldAction=rechCodeArticle

Article L. 6122-1 modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 – art. 9 (V).

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021940513&dateTexte=20120112

Article R. 6122-4 modifié par décret n° 2010-929 du 3 août 2010 – art. 1.

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022680560&dateTexte=20120316

Article R. 6122-25 modifié par décret n° 2008-588 du 19 juin 2008 – art. 6.

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916682&dateTexte=&categorieLien=cid

Article L. 6122-3 modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 – art. 9 (V).

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690813&dateTexte=&categorieLien=cid

Article D. 6124-98.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000815304&fastPos=1&fastReqId=978062467&categorieLien=id&oldAction=rechTexte#JORFARTI000002067103

Article D. 6124-101.

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CA402DDFE6257EB2EBAA21A41414264A.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000006917096&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120316&categorieLien=id

Articles D. 6124-301 à 305 de Code de la santé publique, traitant des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190821&cidTexte=LEGITEXT000006072665

Article D. 6124-308 modifié par Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 – art. 189.

www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CA402DDFE6257EB2EBAA21A41414264A.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000022068957&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120316&categorieLien=id

Textes législatifs et réglementaires

Loi et ordonnances

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

admi.net/lo/loi70-1318.html

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668

Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, portant diverses dispositions d'ordre social.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000721455

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte

Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit (1).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000256180&fastPos=1&fastReqId=767777913&oldAction=rechExpTexteJorf

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000742206&fastPos=3&fastReqId=1003843584&oldAction=rechExpTexteJorf

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000429878&fastPos=1&fastReqId=128048391&oldAction=rechExpTexteJorf

Décrets et arrêtés

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000726288&dateTexte

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

www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=EFE48E685ADF3D1BD20A84E2AC19615F.tpdjo03v_3?cidTexte=JORFTEXT000000176209&idArticle=LEGIARTI000006712513&dateTexte=19921008&categorieLien=cid

.....

Décret n° 95-993 du 28 août 1995, portant diverses dispositions relatives à l'organisation et l'équipement sanitaires et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000555513&fastPos=6&fastReqId=1031242616&oldAction=rechExpTexteJorf

Décret n° 95-994 du 28 août 1995, portant diverses dispositions relatives à l'organisation et l'équipement sanitaires et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie : Décrets).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000555514&dateTexte=29990101&categorieLien=id&fastReqId=1031242616&fastPos=7&oldAction=rechExpTexteJorf

Décret n° 99-444 du 31 mai 1999, relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie : Décrets).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000394928&fastPos=1&fastReqId=1481247872&oldAction=rechExpTexteJorf

Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004, relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du Code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000254221&fastPos=18&fastReqId=1685964496&oldAction=rechExpTexteJorf

Décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005, relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du Code de la santé publique.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000420878&fastPos=6&fastReqId=212048862&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 12 novembre 1992, relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi n° 91-748 modifiée portant réforme hospitalière.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000345197&fastPos=4&fastReqId=1902090178&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 28 janvier 1993, portant approbation de l'annexe annuelle pour 1993 de la Convention nationale de l'hospitalisation privée.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000177861&fastPos=4&fastReqId=412270184&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du Code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000177976&fastPos=1&fastReqId=1360371925&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 12 mars 1993, fixant la classification des actes pouvant donner lieu à tarification dans les établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale et les modalités de cette tarification.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000726991&fastPos=5&fastReqId=453800066&oldAction=rechExpTexteJorf

.....

Arrêté du 24 février 1994, portant approbation de l'avenant « Structure de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire » pris pour l'application de l'article 7 de la Convention nationale de l'hospitalisation privée.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000546559&fastPos=1&fastReqId=917988152&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 31 mai 1999, portant application de l'article D. 712-13-1 du Code de la santé publique et relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000576801&fastPos=2&fastReqId=1885640686&oldAction=rechExpTexteJorf

Arrêté du 21 juin 2010, fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022415086&dateTexte=&categorieLien=id

Circulaires et instructions

Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006, relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-legislatives/sanh0630390c.pdf

Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007, relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/07_74t.pdf

Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008, relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

www.sante.gouv.fr/circulaire-nodhos-f2-f3-f1-dss-1a-2008-82.html

Circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008, relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_147_290408.pdf

Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009, relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

www.esante-poitou-charentes.fr/portail/travaux-ormedims/gallery_files/site/80/532/719/726.pdf

Circulaire DGOS/RH5 n° 2011-74 du 24 février 2011, relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/02/cir_32632.pdf

Circulaire DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011, relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_125_300311.pdf

.....

Circulaire DGOS/RH4 n° 2011-210 du 6 juin 2011, relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.

www.cioparamedical.com/documents/pdf/circulaire_ministerielle.pdf

Circulaire DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011, relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

www.fehap.fr/DATA/3_8_2011_9_23_34_Guide-m%C3%A9thodo-SROS-01-08-2011.pdf

Circulaire DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012, relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34417.pdf

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

www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Achats-Finances/Facturation/Instruction-relative-aux-conditions-de-facturation-d-un-GHS

Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010, relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-01/ste_20110001_0100_0114.pdf

Accords et contrats

Accord tripartite JORF n° 22 du 27 janvier 1993, page 1368.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000542165&fastPos=61&fastReqId=592527360&oldAction=rechExpTexteJorf

Accord du 28 octobre 1993 entre l'État, les Caisses nationales d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé privés. JORF du 28 octobre 1993, page 14919.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000571638&fastPos=1&fastReqId=1431637318&oldAction=rechExpTexteJorf

Contrat national tripartite du 15 avril 1997 signé entre l'État, les Caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs de l'hospitalisation privée. BO n° 19 du 7 juin 1997.

ANNEXE 3. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Day case and short stay surgery : 2, 2011(41)

Ce document de consensus a été produit par les experts d'un groupe de travail et approuvé par l'Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland et par le British Association of Day Surgery.

Day Surgery Data Project. Report on DS current organization and performance in participating countries – WP4, 2011 (194)

L'objectif de ce projet demandé par la Commission européenne est de faire la promotion de la chirurgie ambulatoire en identifiant les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles.

Haute Autorité de santé. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? 2010 (43)

La méthode d'évaluation est fondée sur l'analyse critique des données identifiées de la littérature et le recueil par questionnaire, de la position de professionnels de santé concernés et discutée en réunion de travail.

La recherche limitée aux publications en langue anglaise et française a porté sur la période de janvier 1998 à août 2010. Une veille a été réalisée jusqu'en août 2010.

La littérature étant peu spécifique et peu abondante sur ce sujet organisationnel, tous documents servant de référentiels à la certification des structures de soins ou les recommandations ont été conservés, quelles que soient leurs modalités d'élaboration. L'objectif était notamment d'établir une description des environnements techniques de soins et d'identifier des critères discriminants d'orientation pour la réalisation d'actes interventionnels.

Les sociétés savantes concernées par le sujet ont été consultées à l'aide d'un questionnaire pour recueillir leur position sur le contenu du rapport, l'élaboration de niveaux d'environnement technique spécifiques et l'identification de critères discriminants pour orienter la réalisation des actes interventionnels vers l'environnement technique spécifique le plus approprié. Une réunion de travail a ensuite été organisée afin de permettre de

présenter les résultats des questionnaires et aborder les différents aspects de cette évaluation.

Day Surgery Data Project. Report on the analysis of DS indicators available at International level – WP4, 2010 (59)

L'objectif de ce projet demandé par la Commission européenne est de faire la promotion de la chirurgie ambulatoire en identifiant les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles, et d'analyser les indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire à un niveau international. La méthode utilisée est basée sur une revue de la littérature internationale, puis l'analyse critique des indicateurs identifiés.

Société française de chirurgie digestive. Recommandations sur la pratique de la chirurgie digestive et endocrinienne ambulatoire de l'adulte, 2010 (36)

Ce travail de recommandations a consisté à faire la synthèse de données multiples et dispersées sur la pratique de la chirurgie ambulatoire, dans le but de définir une stratégie médicale optimale par pathologie. La méthode de recommandations pour la pratique clinique proposée par la HAS a été suivie avec un promoteur, un comité d'organisation, un groupe de travail représenté par la commission d'évaluation mixte SFCD-ACHBT et un groupe de relecture. Ces recommandations professionnelles ont reçu le label HAS.

Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. Abécédaire : chirurgie ambulatoire, 2009 (9)

Ce document a été rédigé à dire d'experts dans le but d'apporter une aide à la compréhension des thématiques les plus fréquemment évoquées lors de débats entre professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire.

Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire, 2009 (7)

La méthode de travail est la recommandation formalisée d'experts (RFE). En raison même de l'absence de

données scientifiques indiscutables, une prise de position à un temps donné par un groupe d'experts dans le domaine concerné est apparu nécessaire. La revue de la littérature a été réalisée sur les 4 bases de données Pubmed, Cochrane, OVID et dans l'ensemble du fond INIST. Les mots-clés utilisés ont été : *ambulatory surger, ambulatory surgery procedures* en incluant les items reliés. La recherche a été limitée par les critères suivants : *published in the last 10 years, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, French*. Les experts ont élaboré les recommandations après analyse et synthèse de la littérature médicale. L'analyse a été conduite avec la méthodologie GRADE. Pour chaque thème sélectionné par le Comité d'organisation de la RFE, les experts déterminent, grâce à une revue systématique de la littérature, différents sujets dignes d'intérêt. Pour chacun des sujets, des « critères de jugement cruciaux et importants » sont décidés avec un classement du niveau de preuve et l'appréciation de la balance bénéfico-risque. Trois niveaux de preuve sont déterminés : essai randomisé (haut niveau de preuve), étude observationnelle (bas niveau de preuve) et autres sources de données (très bas niveau de preuve). Il s'agit donc de coter le niveau de preuve de chacune des études sélectionnées, en fonction de leurs qualités et de leurs faiblesses évaluées méthodiquement par les experts. En absence de consensus entre les experts, en cas de preuve globale jugée trop faible ou en cas de non pertinence de la méthode GRADE (données scientifiques absentes ou peu nombreuses, réponses des différents travaux disponibles indirectes ou partielles, etc.), les recommandations ont fait l'objet d'un accord professionnel après cotation à un ou plusieurs tours selon la méthode « Groupe nominal » adaptée de la RAND/UCLA. Les recommandations qui font l'objet d'un tel accord professionnel expriment la prise de position à un temps donné d'un groupe d'experts dans un domaine pour lequel les pratiques s'avèrent peu ou mal codifiées. Après évaluation de la balance bénéfico-risque, les recommandations ont été classées en recommandations fortes et en recommandations optionnelles. Une recommandation forte n'impose pas de prendre en charge tous les patients de façon identique, mais tente de refléter un choix décisionnel qui serait probablement celui de la majorité des praticiens comme celui de la majorité des parents correctement informés.

Les recommandations, proposées par les experts, sont soumises à une cotation à plusieurs tours par l'ensemble des experts, ce qui permet de garder, en les affinant, les recommandations qui recueillent un accord « fort » ou « faible ».

Dans le cadre de cette RFE, quatre tours de cotations ont été nécessaires pour élaborer 71 recommandations consensuelles.

Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery, 2009 (42)

Ce guide a été réalisé par le UK Royal College of Anaesthetist dans le but d'assurer une chirurgie ambulatoire de qualité pour les patients ainsi que le développement de la qualification du personnel travaillant dans des UCA.

Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française. Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans) : Recommandations, 2008 (53)

Réalisées par le Conseil national de chirurgie de l'enfant (CNCE) en partenariat avec l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADARPEF), ces recommandations n'ont pas pour but de définir des normes de prise en charge, mais de préciser les conditions de qualité et de sécurité de la prise en charge des enfants devant bénéficier d'un acte chirurgical ou interventionnel en ambulatoire. Elles doivent être facilement applicables par tous les acteurs chirurgicaux et interventionnels chez l'enfant de moins de 18 ans, tout en préservant la spécificité de la chirurgie pédiatrique en tant que garante de la qualité de la prise en charge des enfants. Les modalités d'élaboration ont été celles des recommandations formalisées d'experts.

Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations formalisées d'experts 2008, prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant, 2008 (55)

La méthode utilisée est la recommandation formalisée d'experts en utilisant la méthode GRADE.

.....

Ministry of Health and Consumer Affairs Espagne. Day Surgery Unit Guide : Standards and Recommendations, 2008 (35)

Ces recommandations, demandées par le ministère de la Santé espagnol, et basée sur une analyse de la littérature et sur l'avis d'experts, ont pour but d'améliorer la sécurité et la qualité de la chirurgie ambulatoire.

Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires Conférence d'experts – Texte court présenté au congrès de la SFAR en septembre 2007 (195)

Cette conférence a pour mission de déterminer la prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Le système choisi de cotation des recommandations est le système GRADE.

International Association for Ambulatory Surgery. Policy Brief Day Surgery : Making it Happen, 2007 (5)

L'objectif de ce document de l'IAAS, en collaboration avec l'European Observatory on Health System and policies et l'OMS, est de déterminer comment la chirurgie ambulatoire peut répondre à la fois aux besoins des administrateurs hospitaliers et aux besoins médicaux spécifiques à chaque patient. Pour cela, les barrières au développement de la chirurgie ambulatoire ont été identifiées, et des recommandations proposées par un groupe de travail international.

International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery : development and practice, 2006 (17)

L'objectif de cet ouvrage est de compiler des recommandations internationales basiques et pragmatiques sur la pratique de la chirurgie ambulatoire. Les auteurs sont des experts dans le domaine provenant de nombreux pays.

Wales Audit Office. Making better use of NHS day surgery in Wales, 2006 (49)

Ce document a été réalisé par l'organisme d'audit du Pays de Galles. La méthode est fondée sur une revue de

la littérature, sur l'avis de cliniciens, d'administrateurs et de sociétés savantes impliqués en chirurgie ambulatoire par l'intermédiaire d'entretien, sur l'analyse de données statistiques provenant de différentes enquêtes, sur la visite de sites, ainsi que sur la consultation d'un panel d'experts.

Royal College of Anaesthetists. Section 5 : Day surgery services, 2006 (56)

Ce document du Royal College of Anaesthetist fait partie de l'ouvrage *Raising the standard : a compendium of audit recipes*.

Health Services Scotland. The Planned Care Improvement Programme : Day Surgery in Scotland, 2006 (48)

L'objectif de ce document (du gouvernement écossais) est de rassembler les bases permettant de mesurer la performance de la chirurgie ambulatoire et d'identifier les opportunités pour augmenter son développement en Écosse.

Société française d'anesthésie et de réanimation. Aspects réglementaires et architecturaux de la chirurgie ambulatoire, 2005 (37)

Ce document présente les textes réglementaires fondateurs et de soutien au développement de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'une réflexion sur les aspects organisationnels et architecturaux.

Association of perioperative Registered Nurses. AORN Guidance Statement : preoperative patient care in the ambulatory surgery setting, 2005 (61)

Ces recommandations ont pour but d'implémenter des procédures en phase postopératoire dans les UCA.

Care Quality Commission. Acute hospital portfolio review : Day surgery, 2005 (50)

Ce rapport est fondé sur l'analyse de la UK Healthcare Commission de 2004–2005 (à partir de données nationales et de données de 311 UCA).

.....

Royal Australasian College of Surgeons. Day Surgery in Australia : Report and Recommendations, 2004 (38)

Ce document a pour objectif d'établir des recommandations concernant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire en Australie.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Évolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions entre 1999 et 2001, 2004 (196)

Ce travail avait pour objectif de s'intéresser à la relation entre l'évolution des parts de marché de la chirurgie classique et le développement de la chirurgie ambulatoire, avec la mise en perspective d'une situation monopolistique du secteur privé et le risque de disparition de la chirurgie programmée pour le secteur public.

Royal College of Nursing. Day Surgery Information : Selection criteria and suitable procedures, 2004 (51)

L'objectif et la méthode ne sont pas décrits dans ce document.

British Association of Day Surgery. Integrated care pathways for day surgery patients, 2004 (47)

Ce document de la *British Association of Day Surgery* est un guide sur le développement, l'implémentation et l'évaluation des chemins cliniques en chirurgie ambulatoire.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire, 2003 (25, 31, 32, 172, 197, 198)

L'enquête nationale interrégime sur la chirurgie ambulatoire avait pour objectif principal d'évaluer le potentiel d'activité en hospitalisation complète qui pourrait faire l'objet d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire et d'évaluer les dépenses pour l'assurance maladie. Elle a été réalisée en partenariat avec l'AFCA et le CREDES. Elle comporte 4 volets : un état des lieux et typologie

des établissements de santé, un volet potentiel de substitution, un volet dépenses et une étude sur les freins et leviers.

British Association of Day Surgery. Skill mix and nursing establishment for day surgery, 2003 (45)

Ce document de la *British Association of Day Surgery* est un guide concernant la gestion du personnel d'une UCA.

International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery : suggested international terminology and definitions, 2003 (3)

Cette publication présente le vocabulaire et les définitions retenues comme « standard » par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS), en langue anglaise, systématiquement complétés par les définitions et traductions adoptées dans leurs langues nationales par chacune des associations nationales concernées et par les commentaires nécessaires.

British Association of Day Surgery. Guidelines about the discharge process and the assessment of fitness for discharge, 2002 (58)

Ce document regroupe les conseils de bonnes pratiques de la *British Association of Day Surgery* à propos des procédures de sortie pour un patient hospitalisé en chirurgie ambulatoire.

The Hong Kong College of Anaesthesiologists. Guidelines on anaesthesia for day surgery, 2002 (52)

L'objectif et la méthode ne sont pas décrits dans ce document.

Department of Health. Day Surgery : Operational guide, 2002 (39)

Ce guide, réalisé un groupe de travail multidisciplinaire à la demande du *UK Department of Health* a pour objectif d'aider les cliniciens et les administrateurs à augmenter l'efficacité de leur UCA.

Haute Autorité de Santé. La chirurgie ambulatoire, 1997 (2)

Ce document a été élaboré selon la méthode HAS à partir d'une revue de la littérature internationale et d'une consultation d'experts.

South Australia Health Commission. Guidelines for the conduct of day surgery in South Australia, 1994 (40)

Ce document, rédigé par la *South Australian Health Commission*, a pour objectif d'identifier des indicateurs et de définir les recommandations relatives à la chirurgie ambulatoire en Australie du Sud.

ANNEXE 4. PARTICIPANTS

► Équipe

Ce rapport a été réalisé par :

Mme Cécile MIGNOT et Mme Aurélie GAREL PACULL, chefs de projet au Service évaluation des actes professionnels sous la responsabilité de Mme Michèle MORIN-SURROCA, adjointe au chef de service, et de Mme Sun-Hae LEE-ROBIN, chef de service.

Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique sous la responsabilité de M. Olivier SCEMAMA, adjoint au chef de service, et de Mme Catherine RUMEAU PICHON, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme Frédérique PAGES, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mmes Louise TUIL et Suzie DALOUR.

M. Gilles BONTEMPS, directeur associé, M. Christian ESPAGNO et M. Jamel MAHCER, managers à l'ANAP ont contribué à la relecture de la version provisoire du rapport et à l'identification de certains documents.

► Les sociétés savantes suivantes ont été sollicitées pour la relecture de la version provisoire du document

Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Académie nationale de chirurgie (ANC).

Conseil national de la chirurgie (CNC).

► Les institutions suivantes ont contribué à la relecture de la version provisoire du document

Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

ANNEXE 5. FICHE DESCRIPTIVE

Intitulé	Titre
Méthode de travail	Analyse de la littérature, interrogation de bases de données
Date de mise en ligne	Avril 2012
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Réaliser un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers, gestionnaires d'établissements de santé, institutions, grand public
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	Haute Autorité de Santé (HAS) ; Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Participants	Sociétés savantes, institutions
Recherche documentaire	De janvier 2000 à mars 2012 : 8 797 références identifiés ; 953 retenues ; 198 analysées
Auteurs de l'argumentaire	Cécile MIGNOT et Aurélie GAREL PACULL (HAS, service évaluation des actes professionnels) Isabelle HIRTZLIN (HAS, service évaluation économique et santé publique)
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique le 14 février 2012 Validation par de le Comité de publication de l'ANAP le 28 mars 2012 Validation par le Collège de la HAS le 5 avril 2012
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiche de synthèse Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Aucun document d'accompagnement



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Avril 2012