

Favoriser la chirurgie ambulatoire dans le parcours patient

Disponible sur : <https://travaux.master.utc.fr/formations-master/ingenierie-de-la-sante/ids293/>

DOI : <https://doi.org/10.34746/ids293>

Janvier 2026

Mémoire de projet

Suiveur : CLAUDE Isabelle

Auteurs : COLLÉTER Romane, HIRON Léa, KADEL Robin et KORICHE Mark

Année universitaire 2025 - 2026

SOMMAIRE

RÉSUMÉ.....	3
ABSTRACT.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES SIGLES.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTE DES TABLES.....	6
Introduction.....	6
1. État des lieux de la chirurgie ambulatoire et objectifs visés.....	8
1.1. Définitions, contexte et enjeux.....	8
1.2. Évolution de la chirurgie ambulatoire en France.....	10
1.3. Cadre réglementaire de la chirurgie ambulatoire en France.....	12
1.4. Disparités par régions, spécialités et établissements.....	13
2. Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire.....	15
2.1. Freins humains et culturels.....	15
2.2. Freins organisationnels.....	18
2.3. Freins techniques.....	20
2.4. Freins financiers.....	20
2.5. Freins à l'international : exemples de la Roumanie et de la Slovaquie.....	21
3. Les leviers et stratégies de développement de la chirurgie ambulatoire.....	23
3.1. Leviers organisationnels.....	23
3.2. Leviers financiers.....	26
3.3. Leviers techniques et médicaux.....	28
3.4. Leviers à l'international.....	30
4. Proposition d'un plan d'actions pour favoriser la chirurgie ambulatoire.....	32
Conclusion.....	36
Utilisation d'IA génératives.....	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38

RÉSUMÉ

Avec un taux de chirurgie ambulatoire de 64 % en 2024, la France demeure en retrait par rapport à l'objectif recommandé de 80 %. Ce mémoire identifie les freins (humains, organisationnels, techniques, financiers) et leviers du développement de la chirurgie ambulatoire. L'étude repose sur l'analyse du cadre réglementaire français, des recommandations institutionnelles, des comparaisons internationales et des observations terrain. Les leviers incluent les protocoles *Enhanced Recovery After Surgery*, l'anesthésie locorégionale, la chirurgie mini-invasive et la télémedecine. Le plan d'actions proposé comprend la séparation des flux ambulatoires, la structuration de la gestion opérationnelle, l'attractivité économique et la standardisation du parcours patient. Sa mise en œuvre implique des ajustements organisationnels et une meilleure coordination ville-hôpital.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire, organisation hospitalière, parcours patient, coordination ville-hôpital, recommandations

ABSTRACT

With an ambulatory surgery rate of 64% in 2024, France remains below the recommended target of 80%. This thesis identifies the barriers (human, organizational, technical, financial) and facilitators to the development of ambulatory surgery. The study is based on an analysis of the French regulatory framework, institutional recommendations, international comparisons and field observations. Identified facilitators include Enhanced Recovery After Surgery protocols, regional anaesthesia, minimally invasive surgery and telehealth. The proposed action plan is structured around the separation of ambulatory patient flows, organization of operational management, economic attractiveness and standardisation of the care pathway. Its implementation requires organizational adjustments and improved community-hospital coordination.

Keywords: ambulatory surgery, hospital organization, care pathway, community-hospital coordination, recommendations

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer notre sincère gratitude aux personnes qui ont rendu possible la réalisation de ce mémoire dans le cadre du master Ingénierie de la Santé à l'Université de Technologie de Compiègne.

Nous tenons d'abord à remercier Isabelle Claude, notre suiveuse pédagogique de projet. Son accompagnement a été essentiel et nous a aidé à cadrer notre travail. Ses retours constructifs ont vraiment permis à ce mémoire de prendre forme, d'être cohérent et de gagner en rigueur.

Ce travail sur la chirurgie ambulatoire n'aurait pas été complet sans la rencontre avec les professionnels sur le terrain. Un grand merci à tous les acteurs de santé qui ont pris le temps de répondre à nos questions. Ces échanges directs ont permis de donner corps à notre recherche et de voir de nos propres yeux une unité de chirurgie ambulatoire au lieu de rester sur du théorique.

Enfin, un merci à nos enseignants de master qui nous ont transmis les connaissances nécessaires pour mener à bien ce projet. C'est grâce à tout cet encadrement que nous avons pu travailler en équipe pour réaliser ce mémoire. Nous espérons qu'il sera utile.

LISTE DES SIGLES

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ALR : Anesthésie Loco-Régionale
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS : Agence(s) Régionale de Santé
ASA : American Society of Anesthesiologists
CA : Chirurgie Ambulatoire
CH : Centre Hospitalier
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ERAS : Enhanced Recovery After Surgery
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GHM : Groupes Homogènes de Malades
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IAAS : International Association for Ambulatory Surgery
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
T2A : Tarification à l'Activité
UCA : Unité(s) de Chirurgie Ambulatoire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du taux global de CA en France de 2013 à 2024

Figure 2 : Parcours patient et les freins organisationnels typiques en CA

Figure 3a : Plan d'actions pour favoriser la CA - Parcours patient

Figure 3b : Plan d'actions pour favoriser la CA - Système de santé

LISTE DES TABLES

Table 1 : Admissibilité en CA selon la classe ASA

Table 2 : Freins au développement de la CA en Roumanie et en Slovaquie

Table 3 : Les principaux leviers qui favorisent le développement de la CA observés à l'étranger

Introduction

Alors que dans d'autres pays européens, la chirurgie ambulatoire (CA) est déjà largement majoritaire depuis plusieurs années, avec près de 70 % des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire en Norvège en 2023 [1], la France présente un retard avec un taux de CA de 64 % [2].

L'objectif ministériel était d'atteindre 70 % des actes chirurgicaux en ambulatoire d'ici 2022 [3]. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), quant à lui, avait émis en juin 2021 la recommandation d'arriver à 80 % de CA [4]. Ces objectifs, bien qu'ambitieux, reposent sur des seuils relativement arbitraires, souvent déconnectés des réalités du terrain, où prime plutôt une logique d'amélioration continue. De plus, de nombreuses disparités internes persistent, notamment entre les types d'établissements, les régions et les spécialités chirurgicales [2]. Pour les patients, ces variations soulèvent des questions d'équité d'accès aux soins et peuvent potentiellement affecter la qualité perçue des soins.

Ce retard français s'explique par l'existence d'obstacles techniques, financiers et organisationnels qui limitent le développement de la CA. Dans ce contexte, la question centrale émerge : **Comment développer la part de CA pour atteindre les objectifs visés en France, tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'équité des soins ?**

Cette étude s'ouvrira sur un état des lieux complet du développement de la CA en France, de son cadre réglementaire et de ses disparités. Les freins (techniques, humains, financiers) seront analysés ainsi que les leviers observés en France et à l'étranger. Enfin, des recommandations concrètes et réalisables seront proposées pour répondre à la question centrale.

L'enjeu est considérable car il s'agit de transformer l'organisation hospitalière française (optimisation des flux patients et logistiques, réduction des coûts, disponibilité accrue des lits) pour atteindre les standards européens sans compromettre la qualité des soins.

1. État des lieux de la chirurgie ambulatoire et objectifs visés

1.1. Définitions, contexte et enjeux

Avant d'aller plus loin dans l'analyse, il est essentiel de définir certains termes clés afin de clarifier les concepts sur lesquels s'inscrit notre réflexion. Dans le cadre de la transformation du système de santé, le virage ambulatoire occupe une place centrale, en particulier à travers le développement de la CA. Ce virage ne se limite pas à un simple transfert de l'hôpital vers la médecine de ville. Il recouvre également le déplacement d'activités intrahospitalières de l'hospitalisation conventionnelle vers le secteur ambulatoire hospitalier, notamment les hôpitaux de jour et les consultations [4].

La CA, quant à elle, se définit comme une prise en charge en établissement de santé sans hébergement, d'une durée inférieure ou égale à 12 heures, comme le précise le décret du 20 août 2012 [5]. Elle se distingue ainsi de la médecine et des soins ambulatoires, qui désignent les actes médicaux généralement dispensés par la médecine de ville [4]. Pour clarifier cette notion à l'échelle internationale, l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) a adopté le terme « *day surgery* » [5].

Pour encourager son développement, les pouvoirs publics ont mis en place à partir de 2009 une série de mesures structurelles et financières. Celles-ci visaient notamment à harmoniser la rémunération entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète. Elles avaient également pour but de supprimer certains freins tarifaires qui rendaient jusque-là l'ambulatoire moins attractif pour les établissements [6]. Ces points seront approfondis plus loin dans le mémoire. Par la suite, le virage ambulatoire, dont la CA, a été considéré par les pouvoirs publics français comme un des objectifs prioritaires de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 [4].

Ainsi, le développement de la CA s'inscrit dans une transformation plus large du système de santé, liée à cinq révolutions : démographique (vieillesse), technologique (chirurgie mini-invasive, robotique), organisationnelle (lean management, gestion des flux), numérique (télémédecine, objets connectés) et des pratiques professionnelles (récupération améliorée après chirurgie) [7].

Le développement de la CA présente des bénéfices pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Pour les patients, il s'agit avant tout de garantir des soins de qualité dans des conditions optimales de confort et de sécurité [6]. L'ambulatoire permet en effet de limiter l'exposition aux risques liés à l'hospitalisation, notamment les infections nosocomiales, de réduire le stress et la désorientation liés au séjour hospitalier et de favoriser un retour plus rapide au domicile [7]. Ce mode de prise en charge renforce également l'autonomie et l'implication du patient dans son parcours, grâce à une préparation et un accompagnement adaptés.

Pour les établissements de santé, cela constitue un levier important de modernisation et d'efficience organisationnelle. Elle permet d'optimiser l'occupation des lits, de fluidifier les flux de patients, de renforcer la planification opératoire, de mieux maîtriser les coûts liés aux séjours hospitaliers [6].

Du côté des assurances et des organismes payeurs, l'augmentation de la part de CA offre la possibilité de réduire les dépenses liées aux hospitalisations conventionnelles. Par exemple, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Inspection générale des finances estimaient autour de 600 millions d'euros d'économies potentielles à l'horizon 2020, si l'ambulatoire se substitue aux hospitalisations complètes [6]. De plus, une prise en charge ambulatoire permet une reprise plus rapide de l'activité professionnelle, ce qui limite les arrêts maladie financés par les assurances.

De plus, pour l'économie française dans son ensemble, ce virage contribue à rendre le système de santé plus performant et plus durable. Une meilleure utilisation des ressources hospitalières peut réduire des coûts indirects importants, comme les transports sanitaires ou les arrêts de travail [7].

Cela pose également un enjeu d'équité sociale et territoriale : il s'agit de garantir un accès équitable pour tous les patients, y compris ceux éloignés des grands centres hospitaliers. Il implique aussi une attention particulière à la vulnérabilité sociale, notamment en cas d'isolement ou de conditions de logement précaires. Enfin, le

développement de la CA suppose une coordination renforcée entre la ville et l'hôpital.

1.2. Évolution de la chirurgie ambulatoire en France

En France, la CA se définit par le retour du patient à domicile le jour même de l'intervention, contrairement à la chirurgie conventionnelle qui implique au moins une nuit d'hospitalisation. La CA a pour objectif de réunir efficacité organisationnelle, réduction des coûts et amélioration de la récupération, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins.

La première mention documentée de la chirurgie ambulatoire remonte à 1909 dans un écrit britannique. Son essor a été observé dans les années 1960 aux États-Unis, avant qu'un éditorial britannique n'annonce en 1993 que l'ambulatoire deviendrait la norme, l'hospitalisation étant dorénavant réservée aux cas spécifiques [8]. En dehors du Royaume-Uni, le développement a été plus lent en Europe. En France, les premiers actes ambulatoires ont été réalisés dans des cliniques privées au début des années 1980, puis la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) publiait, en 1990, ses premières recommandations spécifiques à cette pratique [9].

Le véritable développement de la CA en France s'est toutefois opéré au début des années 1990. En 1995, la création de l'IAAS fut suivie par celle de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), société savante française chargée de représenter et promouvoir cette pratique sur le territoire français [7].

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a marqué un tournant, en incitant indirectement à raccourcir les séjours grâce à une réduction des tarifs lorsque la durée d'hospitalisation était inférieure à la norme. La suppression partielle des contraintes tarifaires liées à la durée moyenne de séjour en 2014 a ensuite constitué un levier considérable pour le développement de cette pratique [10]. De plus, le périmètre des Groupes Homogènes de Malades (GHM) éligibles à l'ambulatoire s'est progressivement élargi : 18 GHM en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013 et 111 en 2014, année où la généralisation a été actée [6].

En parallèle, les années 2000 ont marqué un vrai tournant pour la CA en France avec le développement de la chirurgie endoscopique : séjours plus courts, moins de douleur, et des incisions de plus en plus discrètes. La CA s'appuie à présent largement sur ces approches mini-invasives, toutes spécialités confondues. Son développement tient aussi à une meilleure évaluation des risques et à une prise en charge plus fine des suites opératoires, ce qui permet de juger avec précision de la faisabilité d'une prise en charge en ambulatoire [11].

Enfin, pour donner un repère historique, le taux global de CA en France en 1999 était estimé à 33 % [7]. Entre 2013 et 2022, la CA a connu une augmentation régulière de son développement. Une légère inflexion est observable en 2020 en raison de la crise sanitaire liée au COVID-19, suivie d'une reprise en 2021. Cependant, depuis 2023, la croissance semble marquer un plateau. En raison de données insuffisantes, les causes de cette stagnation ne sont pas encore connues, mais il est probable que des facteurs, tels que l'instabilité politique, les contraintes budgétaires ou encore des priorités sanitaires réorientées, soient en jeu.

La figure 1 illustre l'évolution de l'activité de CA en France de 2013 à 2024.

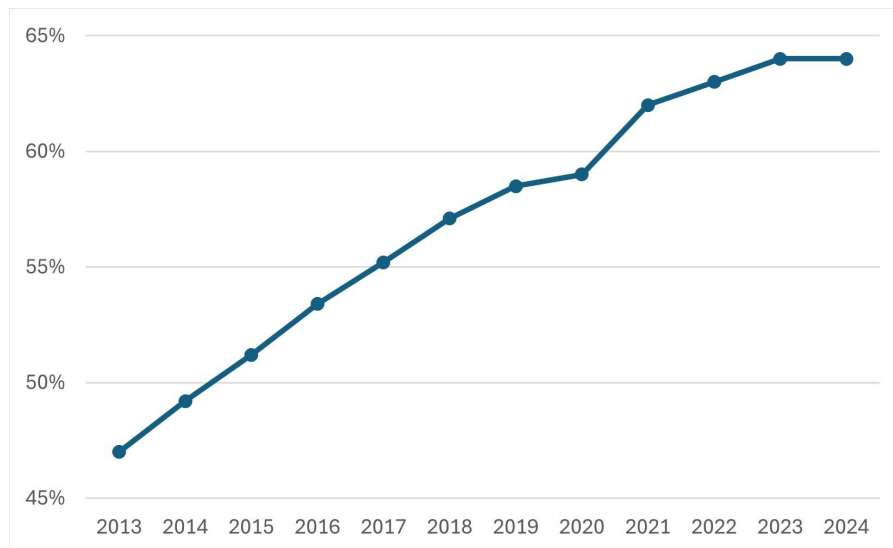


Figure 1 : Évolution du taux global de CA en France de 2013 à 2024

Source : Auteur.e.s d'après [2], [7]

Après avoir retracé l'évolution historique et les fondements de la CA, il convient désormais d'examiner le cadre réglementaire qui encadre cette pratique en France.

1.3. Cadre réglementaire de la chirurgie ambulatoire en France

D'un point de vue réglementaire, un des premiers textes fondateurs de la CA fut la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière, où elle a été introduite comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation [12]. Les dispositions à prendre au niveau de la CA ont ensuite été reprises et intégrées dans le Code de la santé publique, qui énonce que la CA doit s'appuyer sur des locaux dédiés, du personnel formé et une organisation garantissant un parcours patient sécurisé, depuis la préparation postopératoire au retour à domicile le jour même [12].

Un tournant est marqué par le décret n°2012-969 du 20 août 2012, qui inscrit pour la première fois une définition claire et uniforme avec une durée : « Art. D. 6124-301-1. - Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».

Cette précision juridique était essentielle pour distinguer l'ambulatoire d'autres formes de prise en charge. Plus récemment, le décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022, n'a pas modifié cette définition mais a renforcé les conditions techniques de fonctionnement applicables à toutes les activités de chirurgie, y compris l'ambulatoire. Le but est de donner une seule vision et une harmonisation des exigences techniques et organisationnelles afin de sécuriser et généraliser la pratique ambulatoire [5], [13].

Un autre aspect à considérer concerne la sélection des patients. Le Code de la santé publique ne fixe pas de critères à proprement dit mais dispose que seuls les patients dont l'état de santé correspond à cette modalité peuvent être pris en charge. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) précisent dans leurs

recommandations que l'éligibilité repose sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Ainsi, le choix ne dépend pas uniquement de la nature de l'acte chirurgical mais aussi de l'état clinique du patient et de son environnement social [14], [15].

Le pilotage national et régional constitue un troisième pilier du dispositif réglementaire. À l'échelle centrale, le ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) suivent les taux d'ambulatoire par l'outil VISUCHIR et contractualisent des objectifs via les Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) [15].

À ces fondements législatifs et réglementaires s'ajoutent plusieurs textes et dispositifs complémentaires qui structurent le développement de la CA. La certification des établissements de santé par la HAS inclut la prise en charge ambulatoire dans l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins [15], [16].

La DGOS a également joué un rôle dans le développement de la CA. L'instruction DGOS/R3 n°2010-457 du 27 décembre 2010 a élevé au rang national ce développement et l'a intégré parmi les dix programmes prioritaires de gestion du risque pour 2010-2012. Ce texte fixait aux Agences régionales de santé (ARS) l'objectif de considérer l'ambulatoire comme la modalité de référence chaque fois que l'état du patient le permettait pour réduire le retard de la France par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'instruction mobilisait également des outils de pilotage comme l'indicateur global du taux d'ambulatoire, les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et de la CNAM. Cette démarche illustre donc la volonté de transformer une pratique rare en une modalité standard et substitutive de l'hospitalisation complète. Quelques années plus tard, l'instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 a lancé le Programme national de développement de la CA 2015-2020 [15].

1.4. Disparités par régions, spécialités et établissements

Le taux de CA présente de fortes disparités. Ces écarts s'observent tout d'abord à l'échelle régionale, avec des taux variants entre 62 % et 68 % selon les territoires.

Les régions les plus avancées sont l'Île-de-France, les Pays de la Loire et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'inverse, les régions les moins avancées sont le Centre-Val de Loire, le Grand Est, et l'Occitanie [2].

Ces différences s'expliquent en partie par des variations dans les politiques de santé régionales. En effet, ce sont les ARS qui sont chargées de structurer l'offre de soins. Elles jouent ainsi un rôle central dans le déploiement de la CA à travers la mise en place d'actions spécifiques et de projets adaptés à chaque région [17]. Par ailleurs, les régions moins performantes en termes de CA présentent une densité d'établissements privés inférieure, une distance accrue entre le lieu de résidence du patient et l'établissement d'hospitalisation ainsi qu'une patientèle plus âgée et ayant davantage de comorbidités [17]. Enfin, le manque d'unités de chirurgie ambulatoire (UCA) et le manque de personnel chirurgical pouvant assurer des plages horaires suffisamment importantes pour permettre une prise en charge complète sur une journée, expliquent ces différences [18].

Les disparités s'observent également selon les types d'établissements. Il existe un écart très important entre le privé et le public : les Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires affichent un taux de CA de 38 %, contre 71 % dans les cliniques privées à but lucratif [7]. Les établissements privés ont engagé la transition vers la CA dès les années 1990, soit 15 ans avant les établissements publics [7]. Le secteur privé s'est davantage spécialisé dans les interventions peu complexes et plus rentables [17]. Ces établissements disposent généralement d'équipements et d'infrastructures plus modernes permettant ainsi de favoriser une prise en charge rapide et optimisée.

Enfin, d'importantes disparités existent entre les spécialités chirurgicales, avec un taux de CA allant de 94 % en ophtalmologie à seulement 11 % pour les interventions liées aux glandes endocrines et au métabolisme en 2024 [2]. Ceci s'explique par le caractère peu invasif de l'ophtalmologie avec un risque postopératoire modéré, ainsi qu'un recul et une expérience importants. Le recours à l'ambulatoire dépend notamment de la durée de la surveillance postopératoire, de la lourdeur de l'anesthésie, du temps de récupération et de la complexité de l'intervention.

Au-delà des disparités observées entre régions, établissements et spécialités en France, il existe également d'importantes différences entre les pays européens en matière de développement de la CA. Plusieurs cas européens seront étudiés dans les parties suivantes, en comparant la France à des pays plus ou moins avancés en matière de CA. Cette analyse permettra de mieux comprendre les facteurs de réussite et les obstacles à surmonter pour développer la CA en France.

L'objectif ambitieux d'atteindre 80 % de CA se heurte encore à des freins techniques, organisationnels et culturels. La partie suivante sera consacrée à l'étude de ces obstacles, afin d'identifier les leviers nécessaires pour accompagner le développement de l'ambulatoire en France tout en garantissant qualité, sécurité et équité des soins.

2. Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire

2.1. Freins humains et culturels

La CA est confrontée à de nombreux freins humains et culturels qui en ralentissent le développement.

L'admissibilité d'un patient à une prise en charge ambulatoire dépend de son état de santé. En effet, les critères d'éligibilité à la CA sont relativement stricts. Les conditions médicales constituent des contre-indications, telles que la présence de comorbidités multiples, de pathologies chroniques, une obésité sévère ou encore un âge avancé. Pour évaluer l'état physique des patients avant une intervention chirurgicale, un score a été proposé par l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) en 1941 [19]. La version actuelle de 1962 permet d'estimer le risque anesthésique et chirurgical à travers une échelle allant de ASA I (patient sain) à ASA VI (patient en état de mort cérébrale). Selon la HAS et l'ANAP, les patients classés ASA I, II ou III peuvent être éligibles à une CA et les autres en sont souvent écartés [18].

La table 1 détaille l'admissibilité en CA selon la classe ASA.

Table 1 : Admissibilité en CA selon la classe ASA

Source : Auteur.e.s d'après [18], [19]

Classe ASA	Description	Éligibilité à la CA
I	Patient en bonne santé	Oui
II	Maladie systémique légère	Oui
III	Maladie systémique modérée à sévère	Possible selon cas
IV à VI	Maladie sévère à mort cérébrale	Non éligible

Au-delà de l'état de santé, la situation psychosociale et économique du patient a un rôle déterminant dans l'admissibilité à la CA. Les patients en situation d'isolement social, ne disposant d'aucun proche pour les accompagner à leur sortie de l'hôpital ou pour assurer une présence à domicile en postopératoire, sont souvent exclus du parcours ambulatoire. De même, l'absence de conditions d'hébergement appropriées après l'intervention, comme un logement inadapté, une situation de précarité ou un environnement insalubre, constitue un frein à l'admission en ambulatoire. L'éloignement géographique, lorsque l'organisation d'une continuité de la prise en charge postopératoire à proximité du domicile est impossible, représente également un obstacle supplémentaire [18], [20]. À noter que le développement de la CA pour des interventions de plus en plus complexes tend à accentuer ces freins psychosociaux.

Des obstacles d'ordre culturel freinent également le développement de la CA. Ils sont liés aux représentations sociales de l'hospitalisation et aux habitudes professionnelles des praticiens.

Du côté des professionnels, une étude réalisée en 2001 montre que l'adaptation aux exigences de la CA peut représenter un défi (respect strict des horaires, responsabilisation du patient, suivi postopératoire coordonné) [21]. Ces observations rejoignent les propos de la coprésidente de l'AFCA, qui souligne que les freins ne viennent pas des patients, mais plutôt des ajustements nécessaires dans les pratiques professionnelles. Elle rappelle qu'il existe parfois une tendance à anticiper

ou à réguler excessivement le parcours, en pensant qu'une hospitalisation prolongée est préférable, alors que beaucoup de patients souhaitent simplement rentrer chez eux.

Il existe également des différences de pratique liées aux générations. En effet, selon la cadre de santé de l'UCA du Centre Hospitalier (CH) Compiègne-Noyon, les jeunes chirurgiens réalisent davantage de CA grâce à leur formation récente et leur culture médicale tournée vers l'efficacité du bloc. À l'inverse, les chirurgiens plus expérimentés restent plus prudents. Leurs habitudes les rendent très vigilants aux comorbidités, à l'absence d'aidant ou à l'éloignement du domicile, parfois sans approfondir la situation sociale du patient (il est fréquent qu'un membre de la famille réside dans le périmètre, ce qui rend le patient éligible à la CA). Or, le déséquilibre entre les jeunes et les anciens chirurgiens freine le développement de la chirurgie ambulatoire. Son essor dépend en grande partie de la vision des chirurgiens et de leur adaptation au fonctionnement du bloc.

De plus, la cadre de santé a évoqué le manque de personnel comme l'un des principaux freins au développement de la CA. L'effectif médical joue un rôle majeur sur l'activité : au CH Compiègne-Noyon, douze salles pourraient théoriquement être ouvertes, mais le manque de médecins anesthésistes-réanimateurs et de chirurgiens limite l'ouverture à environ 5 à 7 salles. Le recrutement est d'autant plus difficile que les praticiens sont mieux rémunérés dans le secteur privé, ce qui entraîne une fuite des médecins. Ce déficit de personnel touche aussi les équipes paramédicales avec un recrutement difficile des infirmières anesthésistes.

Du côté des patients, la crainte de se retrouver seul après l'intervention sans surveillance nocturne reste fréquente. L'hospitalisation est perçue comme plus rassurante, plus confortable, et comme un droit acquis auquel il serait injuste de renoncer. Ainsi, l'attachement à un modèle centré sur le lit d'hôpital rend plus difficile l'adhésion à une prise en charge en ambulatoire qui demande davantage d'autonomie [21]. Ces constats sont confirmés par la coprésidente de l'AFCA, qui évoque la persistance d'une certaine solitude sociale, particulièrement chez les

patients âgés. Elle souligne également une culture encore très ancrée, illustrée par des propos tels que : « On a le droit de dormir à l'hôpital, on cotise pour. »

Un ingénieur d'application en endoscopie évoque aussi un autre facteur : la disponibilité des anesthésistes. En France, leur nombre relativement important favorise le recours systématique à l'anesthésie générale. À l'inverse, dans certains pays nordiques ou au Royaume-Uni, où les anesthésistes sont moins nombreux, les gestes se font plus souvent sans anesthésie, ce qui favorise la pratique de la CA. Ces techniques opératoires sont en effet plus douces et précises et permettent de limiter la douleur pour le patient, par exemple lors d'une coloscopie réalisée avec une introduction particulièrement délicate du tube d'endoscopie.

2.2. Freins organisationnels

En outre, de nombreux freins organisationnels émergent. L'un des premiers obstacles se trouve dans l'hétérogénéité des modèles organisationnels existants. Il n'existe pas de schéma unique : certaines structures sont intégrées à des services de chirurgie traditionnelle, d'autres sont dédiées ou même indépendantes, ce qui rend difficile la mise en place de standards clairs et reproductibles. De plus, la complexité logistique du parcours de soins ambulatoire et la nécessité d'une coordination étroite entre les professionnels, souvent altérée par un manque de temps ou de ressources humaines dédiées, freinent le développement de l'ambulatoire en France [22]. Selon la co-présidente de l'AFCA, rencontrée dans le cadre de ce travail, plusieurs autres manques structurels et organisationnels persistent. Parmi eux, une formation insuffisante des acteurs extrahospitaliers pour assurer le suivi post-ambulatoire, ainsi que l'absence d'un parcours de formation coordonné entre l'hôpital et la ville. Pourtant, ce dernier point constitue un levier essentiel pour garantir la continuité et la sécurité des soins en ambulatoire.

Par ailleurs, la mise en place d'une UCA requiert une autorisation préalable de l'ARS, qui peut être délivrée à un établissement de santé, à un ou plusieurs praticiens, ou à une structure dédiée. Cette organisation implique des exigences précises : chaque unité doit compter au minimum un anesthésiste, un cadre de santé et un personnel paramédical en nombre adapté au volume d'activité. Ces

conditions, garantes de la qualité et de la sécurité des soins, représentent un frein pour certains établissements, notamment les plus petits ou ceux disposant de moyens humains limités [22]. D'autant plus que certaines UCA éprouvent des difficultés à optimiser leur processus : l'organisation des plannings est mauvaise (sachant que l'arrivée des patients doit être précisément cadencée) et enfin, la signature tardive du bulletin de sortie par le médecin allonge la prise en charge [18].

Un frein identifié lors de la visite de l'UCA du CH Compiègne-Noyon concerne les annulations peu de temps avant l'intervention de certains patients. En raison du modèle ambulatoire, il est difficile de remplacer un patient au dernier moment, ce qui entraîne l'annulation de l'intervention et, par conséquent, une baisse de l'activité ambulatoire de l'établissement. Par ailleurs, le vendredi, certains chirurgiens se montrent réticents à programmer des actes en ambulatoire. L'établissement est fermé le samedi, ainsi l'absence de possibilité d'assurer le suivi postopératoire J+1 constitue un obstacle supplémentaire.

La figure 2 illustre les différentes étapes du parcours d'un patient, en mettant en parallèle les freins organisationnels associés à chacune d'elles.

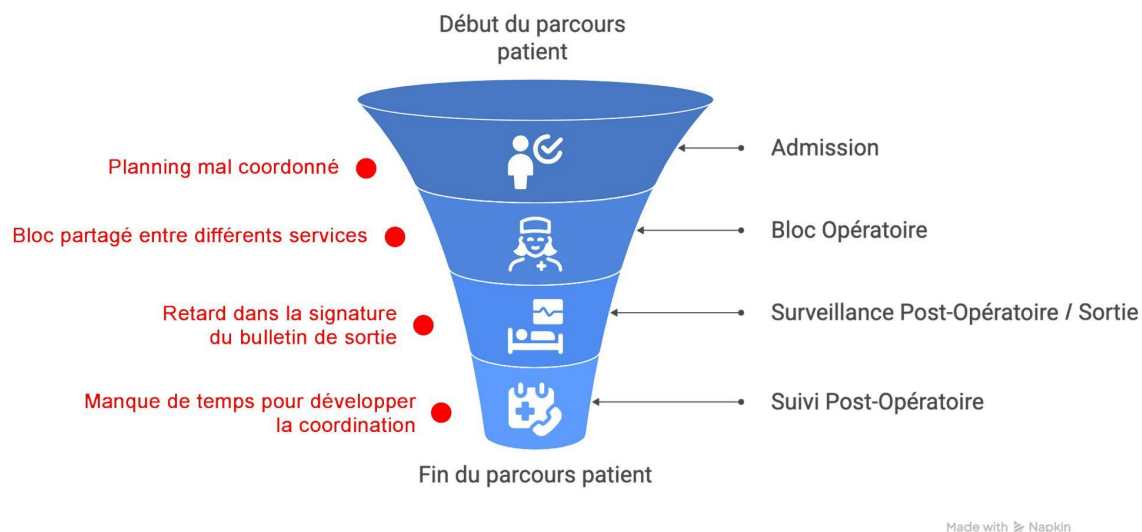


Figure 2 : Parcours patient et les freins organisationnels typiques en CA

Source : Auteur.e.s, à l'aide de Napkin, d'après [18], [22]

2.3. Freins techniques

D'autre part, les techniques propres à la CA diffèrent des techniques traditionnelles et certains praticiens évoquent leur maîtrise insuffisante des nouvelles innovations chirurgicales associées au développement de la CA [18]. Ainsi, certaines interventions qui pourraient être réalisées en ambulatoire sont encore pratiquées selon les méthodes traditionnelles, comme la fusion lombaire, qui peut aujourd'hui être réalisée en ambulatoire grâce à des techniques mini-invasives (telles que la *Lateral Lumbar Interbody Fusion*, ou la *Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion*) combinées à un protocole d'analgésie multimodale. Cette combinaison permet de réduire la perte de sang et l'usage de narcotiques. Toutefois, cette approche reste très sélective, elle nécessite la maîtrise de la chirurgie mini-invasive par le praticien ainsi que des guidelines standardisées qui n'existent pas encore [23]. De ce fait, la fusion lombaire ambulatoire n'est pas systématique et dépend des ressources, de l'organisation et de la sélection des patients.

L'arthroplastie de l'épaule est un autre exemple pertinent. Une étude a montré que, dans des conditions optimales (cf. critères d'éligibilité 3.1), l'intervention peut être réalisée en ambulatoire avec des taux de complications, de réadmissions et de sortie différée très faibles. Néanmoins, sa mise en œuvre reste limitée, car seuls quelques praticiens l'adoptent réellement et l'absence de protocoles standardisés ralentit son développement [24].

Malgré les avancées technologiques, certaines opérations restent aujourd'hui incompatibles avec une prise en charge ambulatoire. Cela s'explique par des risques hémorragiques ou respiratoires trop importants, ou par des suites opératoires compliquées, telles qu'une impossibilité de mobilité postopératoire ou des douleurs difficiles à contrôler [18].

2.4. Freins financiers

L'un des freins au développement de la CA en France est également d'ordre financier. Aujourd'hui, ni les praticiens ni les établissements ne bénéficient d'une réelle valorisation économique de cette pratique. Il n'existe aucun véritable

mécanisme incitatif pour encourager la CA car les professionnels investis dans cette transformation n'obtiennent pas de reconnaissance financière [25].

À cela s'ajoute le besoin constant d'investissement dans les structures hospitalières. Mettre en place une activité ambulatoire efficace revient à repenser les circuits patients, adapter les blocs opératoires, réaménager les espaces d'accueil et de repos, et moderniser les outils de suivi. L'ensemble de ces dépenses peut peser lourd sur des établissements déjà sous tension budgétaire [25].

Ensuite, le système actuel ne permet pas de signaler lorsqu'une prise en charge ambulatoire se complique, ni d'obtenir des tarifs ajustés à ces situations. Ainsi, les établissements prennent un risque économique chaque fois qu'une complication survient, ce qui rend la démarche moins attractive. De plus, même si, en 2019, les tarifs de la CA restaient encore légèrement supérieurs aux coûts de production, ils continuent de diminuer et beaucoup redoutent que l'activité devienne moins rentable à moyen terme. Ce point constitue un obstacle majeur au développement de la CA en France, d'autant plus que les établissements ayant déjà investi pour accélérer le virage ambulatoire doivent souvent réinjecter des fonds pour passer à l'étape suivante (modernisation des infrastructures, innovations technologiques, formation du personnel, etc.) [25].

2.5. Freins à l'international : exemples de la Roumanie et de la Slovaquie

Avant toute comparaison, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales rappelle que les analyses internationales doivent être interprétées avec prudence, car chaque pays utilise des définitions, des périmètres chirurgicaux et des systèmes de collecte de données qui diffèrent. Ces différences de méthodologie limitent les comparaisons strictes entre pays, comme le rappellent la HAS et l'ANAP [18].

La table ci-dessous présente les différents mécanismes observés en Roumanie et en Slovaquie, classés dans différentes catégories de freins.

Table 2 : Freins au développement de la CA en Roumanie et en Slovaquie

Source : Auteur.e.s d'après [26], [27], [28], [29]

PAYS	MÉCANISME OBSERVÉ
1. Freins économiques	
Roumanie [26]	Actes de CA peu pris en charge par l'assurance maladie
Roumanie [26]	Absence de panier de soins standardisé au niveau national (disparités de remboursement entre hôpitaux)
Roumanie [26]	Manque de rémunération pour les soins de suivi postopératoire
Slovaquie [27]	Remboursement des procédures ambulatoires plus faible que celles en hospitalisation classique (peu incitatif)
Slovaquie [28]	Contrats instables avec les compagnies d'assurance
Slovaquie [28]	Investissements de plusieurs millions d'euros nécessaires pour créer des structures dédiées à la CA, sans garantie de rentabilité
2. Freins organisationnels et structurels	
Roumanie [26], Slovaquie [28]	Manque de structures de soins à domicile (cela augmente le risque de complications non surveillées après l'intervention)
Roumanie [26]	Le personnel n'est pas suffisamment formé pour les soins de suivi postopératoire
Slovaquie [28]	Inégalités géographiques et moyens de transports limités
Slovaquie [28]	Nombre insuffisant de centres spécialisés en CA
3. Freins juridiques	
Roumanie [26]	Protection juridique et sécurité médico-légale des chirurgiens insuffisantes en cas de complications postopératoires
4. Freins culturels	
Slovaquie [29]	Héritage du modèle hospitalo-centré (plus rentable)

Après avoir identifié les freins principaux au développement de la CA, il convient désormais d'explorer les leviers et stratégies pour favoriser son expansion.

3. Les leviers et stratégies de développement de la chirurgie ambulatoire

3.1. Leviers organisationnels

Le développement de la CA implique une transformation de l'organisation hospitalière, centrée sur la fluidité du parcours patient, la coordination des équipes et la sécurisation des soins. Les pouvoirs publics et la HAS en font un axe stratégique majeur de modernisation du système hospitalier, en privilégiant l'efficacité, la qualité et la satisfaction du patient.

Les documents officiels de la HAS et de l'ANAP montrent que la chirurgie ambulatoire ne peut se développer durablement que si elle est inscrite dans le projet d'établissement et soutenue par un pilotage institutionnel dédié. Les recommandations précisent qu'un comité chargé de la CA doit assurer une coordination entre les acteurs médicaux, soignants et administratifs, suivre les résultats et organiser les améliorations nécessaires. Ce point a été confirmé lors de la visite du CH Compiègne-Noyon. Le HCSP rappelle également que le virage ambulatoire doit être « sécurisé », ce qui implique une gouvernance capable de garantir une bonne gestion des pratiques, la lisibilité des parcours pour les équipes et une bonne continuité des soins. L'implication de la direction, la désignation d'un responsable médical et l'existence d'un plan d'actions structuré constituent ainsi des conditions identifiées comme indispensables dans les différents textes [4], [30].

Les référentiels officiels de la HAS et de l'ANAP décrivent l'UCA comme une entité devant disposer d'un accueil dédié, d'un circuit patient organisé, d'une salle de repos adaptée et de locaux conformes aux exigences de sécurité.

Au-delà de l'architecture, les sources insistent sur l'importance d'un parcours patient standardisé, comprenant une consultation préopératoire, une information claire, des critères d'éligibilité, une programmation opératoire précise, des critères de sortie formalisés et un suivi postopératoire organisé.

Le « socle de connaissances » de la HAS rappelle la structuration du parcours en étapes préopératoire, peropératoire et postopératoire. Par ailleurs, il semble

R. COLLÉTER, L. HIRON, R. KADEL, M. KORICHE, Master Ingénierie de la Santé (TBTS), Janvier 2026.

Disponible sur : <https://travaux.master.utc.fr/formations-master/ingenierie-de-la-sante/ids293/>

important d'insister sur le fait que « ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient », ce qui justifie une organisation plus pointilleuse sur l'ensemble des paramètres médicaux, sociaux et logistiques. La combinaison entre une UCA structurée et un parcours standardisé constitue le levier organisationnel majeur identifié par les organismes officiels. Elle permet de sécuriser le séjour, d'améliorer la fluidité du bloc opératoire et de garantir la sortie le jour même [4], [14], [30].

La HAS met à disposition des établissements une série d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) dédiés à la CA. Ces indicateurs portent notamment sur l'évaluation à l'admission de l'éligibilité du patient, l'évaluation du patient pour la sortie de la structure, la qualité de la lettre de liaison à la sortie après la CA, l'anticipation de la prise en charge de la douleur, et le contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3.

L'objectif n'est pas seulement de mesurer car les documents précisent que ces indicateurs doivent être utilisés pour piloter une amélioration continue, renforcer la sécurité du parcours et objectiver les résultats. Ils servent également à comparer les pratiques, identifier les marges d'amélioration et garantir une homogénéité des prises en charge. Ainsi, la qualité et la sécurité ne sont pas que des notions théoriques et sont intégrées à un système national de suivi qui structure l'organisation de l'ambulatoire [31].

De plus, la réussite d'une prise en charge sans nuitée dépend de la continuité des soins après la sortie. Cette continuité repose sur une information claire transmise au médecin traitant, une capacité de réponse rapide en cas de complication et une organisation adaptée pour assurer la sécurité à domicile [4], [30].

Le HCSP souligne que la coordination entre l'hôpital et les professionnels de ville constitue un facteur essentiel pour éviter les ruptures de parcours. Ce point est également présent dans les recommandations HAS-ANAP qui rappellent l'importance de la communication entre les différents acteurs pour garantir une prise en charge cohérente [4], [30].

La mise sous accord préalable (MSAP) constitue également un levier organisationnel identifié par les autorités pour accompagner le développement de la CA. La fiche 2-3 du ministère de la Santé la cite explicitement parmi les actions mises en œuvre pour renforcer l'ambulatoire. Le principe est que pour une liste d'actes considérés comme réalisables en CA, certains établissements doivent justifier auprès du service médical le recours à une hospitalisation complète [32]. Selon la CNAM, ce mécanisme a pour objectif d'améliorer la pertinence des prises en charge, en s'assurant que l'hospitalisation conventionnelle ne soit mobilisée que lorsqu'elle est médicalement justifiée. Il conduit donc les établissements ciblés à réévaluer leurs critères d'éligibilité, à organiser leurs parcours et à valoriser l'option ambulatoire lorsqu'elle est adaptée à l'état du patient.

Les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) confirment que la MSAP a accompagné l'évolution des pratiques. Les rapports montrent que la procédure a été appliquée à des « gestes marqueurs » pour lesquels l'ambulatoire était déjà cliniquement faisable mais encore peu pratiqué dans certains établissements. Les analyses indiquent que l'augmentation du taux d'ambulatoire a été plus marquée pour les actes ciblés par ces incitations. La DREES précise également que la MSAP a été mise en œuvre en parallèle des mesures tarifaires, ce qui rend difficile d'isoler son effet à elle seule mais confirme son rôle d'accompagnement du mouvement [32].

De plus, dans le cadre de la visite réalisée au CH Compiègne-Noyon, plusieurs éléments organisationnels ont été particulièrement mis en avant par les équipes, notamment l'utilisation du score de Chung pour la validation de sortie. Ce dernier est cohérent avec les recommandations décrites dans la littérature. Le document Anesthésie du patient ambulatoire précise que « pour l'aptitude à la rue, le score le plus utilisé actuellement est le *Post Anesthesia Discharge Scoring System* (PADSS) ou le *modified* PADSS (équivalent du score de Chung), associé dans la pratique française aux recommandations de Korttila ». Ce score, systématiquement rempli par les équipes infirmières avant validation médicale, permet de juger de manière plus objective et rapide les paramètres cliniques indispensables à une sortie sécurisée [33]. De même, la clinique visitée insistait sur la présence obligatoire d'un

accompagnant, ce qui rejoint les critères psychosociaux et environnementaux décrits dans le même document. Cependant il est possible de signer une dérogation afin de faire une sortie autonome, ce qui peut faciliter la sortie du patient et élargir les critères d'éligibilité.

3.2. Leviers financiers

Afin de soutenir l'évolution de la CA, plusieurs leviers financiers ont été mis en place par les pouvoirs publics, l'Assurance Maladie et les ARS. Ces leviers visent à rendre le recours à l'ambulatoire économiquement attractif tout en garantissant la qualité et la sécurité du parcours patient.

La réforme tarifaire de 2014 a marqué une étape importante dans l'évolution du financement hospitalier. En ajustant les règles de la T2A, les pouvoirs publics ont instauré une sorte de neutralité tarifaire entre les actes réalisés en CA et ceux pratiqués en hospitalisation complète de niveau 1, lorsque les deux relèvent de la même racine de GHM. Cette mesure visait à supprimer l'avantage économique accordé à l'hospitalisation complète et à encourager les établissements à recourir davantage à l'ambulatoire, notamment en supprimant les bornes basses de facturation qui limitaient la rentabilité des séjours courts. Selon la DREES, cette harmonisation tarifaire concernait près de 96 % des racines de GHM dès 2014 (contre 0 % en 2008), levant ainsi un frein économique majeur au développement de la CA en France [21], [34].

Par ailleurs, l'instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 constitue une étape clé dans l'évolution du financement des prises en charge sans nuitée. Ce texte a abrogé la circulaire de 2010, qui établissait une distinction stricte entre hospitalisation complète et CA, afin d'adapter la tarification à la réalité des parcours actuels.

La mise à jour de 2024 « Modalités de facturation des activités ambulatoires hospitalières » du ministère de la Santé confirme la mise en œuvre et la continuité de cette réforme. Il rappelle que les établissements doivent s'inscrire dans une logique de gradation des soins et de facturation alignée sur la complexité réelle des

activités mobilisées, plutôt que sur la seule durée de séjour. Ce document vise à harmoniser les pratiques et à renforcer la compréhension du cadre de facturation pour les établissements de santé. En pratique, cette évolution s'articule autour de trois grands piliers. D'abord, elle vise à sécuriser les pratiques de facturation afin d'assurer une application homogène des règles de financement entre établissements. Ensuite, elle introduit la notion de prise en charge « intermédiaire ». Cette catégorie permet de mieux valoriser les séjours courts mais cliniquement exigeants qui sont souvent associés à la CA. Enfin, l'instruction crée un dispositif de rescrit tarifaire, offrant la possibilité aux établissements ou aux sociétés savantes de solliciter une position officielle de l'État et de l'Assurance Maladie sur des situations nouvelles, liées à l'évolution continue des pratiques médicales [6], [35].

En parallèle, le Fonds d'Intervention Régional (FIR), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, constitue un outil budgétaire souple mis à la disposition des ARS. Il leur permet de financer des actions d'organisation, de qualité et d'efficacité des soins, en lien avec les priorités nationales fixées par le ministère de la Santé [34].

Dans ce cadre, le FIR peut être mobilisé pour accompagner le développement de la CA et des parcours de soins courts. Plusieurs appels à projets régionaux en témoignent : l'ARS Bretagne a lancé en 2023 un appel à projets « Pertinence et Chirurgie Ambulatoire » visant à favoriser la conversion d'interventions historiquement réalisées en hospitalisation complète vers l'ambulatoire [36]. Dans la région Hauts-de-France, le FIR a été mobilisé, en 2020, pour accompagner la montée en puissance de la CA, en soutenant la réorganisation des parcours chirurgicaux, la création d'unités de CA et la modernisation des plateaux techniques [37]. Le FIR constitue ainsi un levier financier régional complémentaire de la T2A. Il permet donc de soutenir localement l'innovation et la transformation des pratiques, notamment dans la CA, en agissant sur les aspects organisationnels, structurels et humains.

3.3. Leviers techniques et médicaux

Parmi les avancées importantes, les protocoles de la société savante *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) reposent sur une approche coordonnée entre chirurgiens, anesthésistes et soignants. En France, on retrouve d'ailleurs la notion de Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Ceux-ci visent à réduire le stress opératoire et à favoriser une récupération rapide. En optimisant la préparation préopératoire et en réduisant le recours aux morphiniques, les équipes améliorent la récupération postopératoire. Associée à une mobilisation et une réalimentation précoces, cette approche permet de réduire la durée de séjour et le risque de complications. Cette standardisation des pratiques rend la chirurgie plus sûre et plus compatible avec un modèle ambulatoire. Enfin, on peut retrouver le parcours dit « *fast track* » qui désigne une organisation en circuit court du parcours patient, avec des étapes standardisées et optimisées (pré-établies). Cette approche reprend la logique ERAS, qui a pu être observée dans le nouveau service ambulatoire du CH Compiègne-Noyon [38], [39].

Cette dynamique peut également s'appuyer sur des progrès anesthésiques. C'est le cas des dispositifs supraglottiques de 2^e génération qui constituent une alternative à l'intubation trachéale. Grâce à leurs améliorations techniques (meilleure étanchéité, canal gastrique), ils réduisent le risque d'inhalation, les traumatismes des voies aériennes et les effets secondaires tels que toux ou douleurs pharyngées. Ces améliorations permettent une récupération anesthésique plus rapide et confortable et rendent ainsi possible une sortie le jour même [40]. Le sugammadex est employé comme agent de décurarisation rapide, et permet d'inverser efficacement le bloc neuromusculaire. Il réduit la curarisation résiduelle, les complications respiratoires et les retards de réveil, tout en accélérant les critères de sortie de SSPI [41].

De même, l'anesthésie locorégionale (ALR) est un pilier de la CA parce qu'elle permet une anesthésie efficace tout en évitant (ou en réduisant fortement) l'anesthésie générale et l'utilisation d'opioïdes. Les blocs nerveux périphériques améliorent le contrôle de la douleur postopératoire immédiate et retardent la première prise d'antalgiques puissants, ce qui diminue les nausées et vomissements, la sédation résiduelle et donc les critères retardant la sortie. Les

sociétés savantes d'anesthésie décrivent l'ALR comme centrale pour sécuriser le retour à domicile après chirurgie orthopédique, mammaire, abdominale superficielle ou périphérique, avec une satisfaction élevée des patients et un taux très faible de complications majeures. L'ALR est aussi une technique qui facilite certaines chirurgies qui étaient historiquement en anesthésie générale, donc « avec nuitée », en les basculant sur un parcours ambulatoire avec retour à domicile [42], [43], [44].

Sur le plan chirurgical, les approches mini-invasives comme la laparoscopie ou l'endoscopie, réduisent la taille des incisions, la douleur, les pertes sanguines et la réponse inflammatoire. Ces dernières sont d'ailleurs recommandées par les protocoles ERAS. Cela entraîne moins de complications postopératoires et une reprise fonctionnelle plus rapide (mobilisation précoce, réalimentation rapide, reprise d'autonomie), ce qui rend crédible la sortie le jour même pour des indications qui nécessitent historiquement 2 à 3 jours d'hospitalisation. Les données cliniques en chirurgie abdominale et pelvienne montrent ainsi une diminution de la durée de séjour et des taux de réadmission acceptables lorsque la sélection du patient est rigoureuse et que le suivi post-sortie est structuré. Par exemple, l'UCA du CH Compiègne-Noyon utilise particulièrement les techniques d'endoscopie. La robotique chirurgicale renforce elle aussi ce mouvement en offrant une dissection plus précise, une meilleure ergonomie et un meilleur contrôle hémostatique, ce qui limite encore le saignement et le traumatisme tissulaire. En parallèle, la radiologie interventionnelle propose des gestes diagnostiques et thérapeutiques percutanés (drainages, embolisations, traitements ciblés) sous guidage image qui remplacent, pour certains patients, une chirurgie « ouverte » lourde. Ces techniques « à trous de serrure » sont donc directement alignées avec l'objectif d'augmenter la part de chirurgie sans nuitée [11], [45], [46].

Enfin, la télésanté prolonge l'ambulatoire au-delà de l'hôpital, en sécurisant le retour précoce à domicile. Les dispositifs de télésuivi (appels structurés, questionnaires de symptômes, téléconsultations vidéo, plateformes mobiles) permettent une surveillance rapprochée des douleurs, des signes d'infection, des effets indésirables anesthésiques ou des difficultés fonctionnelles les premières 24-72 h, période historiquement couverte par la nuit d'hospitalisation. Les études sur la CA montrent

que ce suivi à distance améliore la détection précoce des complications, rassure les patients, et réduit le recours imprévu aux urgences. La télésanté est aussi un argument organisationnel vis-à-vis des équipes soignantes qui hésitent à « laisser sortir » des patients complexes : elle structure un filet de sécurité postopératoire. C'est donc un levier clé pour élargir les indications ambulatoires tout en répondant aux exigences de qualité et de sécurité [47], [48], [49].

3.4. Leviers à l'international

Néanmoins, des tendances générales se dégagent et permettent de situer la France par rapport aux organisations les plus avancées.

Par exemple, la France accuse toujours un retard en ce qui concerne divers types d'interventions souvent réalisées en ambulatoire ailleurs. C'est particulièrement marquant pour certaines interventions orthopédiques de la colonne vertébrale, où les pays nord-américains ou scandinaves ont déjà automatisé des techniques peu invasives en CA, tandis qu'en France ces procédures sont principalement liées à une hospitalisation d'une nuit [22].

De plus, dans les pays nordiques, le modèle des *Patient hotels* est utilisé comme alternative à l'hospitalisation classique. Ces établissements sont créés à proximité des hôpitaux et hébergent des patients autonomes avant ou après un soin. Cela permet de libérer des lits hospitaliers tout en maintenant une proximité avec les soins. En France, le dispositif des hôtels hospitaliers (hébergement temporaire non médicalisé) est plus récent et réglementé depuis 2021 pour les patients dont l'état de santé ne nécessite pas de surveillance continue et dont le domicile est éloigné de l'établissement [50].

La table 3 présente les principaux leviers de développement de la CA observés à l'international.

Table 3 : Les principaux leviers qui favorisent le développement de la CA observés à l'étranger

Source : Auteur.e.s d'après [sources listées dans la table]

PAYS / RÉGION	MÉCANISME OBSERVÉ
1. Leviers organisationnels et structurels	
Royaume-Uni [7], [51], [52]	Création d'UCA dédiées : circuits patients autonomes, blocs « sans lit », équipes formées, séparation stricte des flux avec hospitalisations
	Sorties infirmières sous protocole selon des critères et avec des consignes standardisées
États-Unis, Australie, Canada [7], [53], [54]	Déploiement important de centres privés (« <i>Ambulatory Surgery Centers</i> ») hors hôpital, financés ou certifiés par l'État
Danemark, Suède, Norvège [55], [56], [57]	Réduction volontaire du nombre de lits, création de parcours « <i>fast track</i> »
	Coordination avec la médecine de ville importante, dont la disponibilité des infirmiers à domicile
Recommandations internationales (IAAS) [7], [54]	Centres distincts et standardisation du parcours : accueil-opération-sortie en < 8 h, critères uniformes de sortie
2. Leviers médico-techniques	
Royaume-Uni, Suède, Danemark [51], [55], [58]	Protocoles d'analgésie multimodale, alimentation et mobilisation précoces, critères de sortie infirmiers
États-Unis et Royaume-Uni [7], [51], [59]	Assouplissement des critères d'éligibilité : durée opératoire > 3 h, comorbidités stables, âge élevé accepté
Recommandations internationales (IAAS, OCDE) [54], [56]	Pré-évaluation structurée (éligibilité médicale + critères sociaux + optimisation préopératoire + ...)
	(Télé)suivi postopératoire standardisé : appels J + 1, questionnaires douleur, indicateurs de réadmission, téléconsultations
	Collecte informatisée des indicateurs clés (durée réelle d'intervention, douleur, satisfaction, conversion...)

3. Leviers économiques et financiers	
Royaume-Uni [52], [60]	<i>Best Practice Tarifs</i> : tarification plus favorable en ambulatoire, incitation via DRG (= GHM) spécifiques
Canada, Australie [7], [53]	Financement à l'activité et partenariats public-privé pour <i>Ambulatory Surgery Centers</i> , 26 % moins cher
Norvège, Pays-Bas [58], [60], [61]	Budgets globaux et paiement à l'acte : équilibre entre efficacité et qualité
Recommandations internationales (OCDE) [60]	Suivi des performances nationales : objectifs chiffrés, reporting public par établissement
4. Leviers culturels, professionnels et patients	
Danemark, Suède [55], [56]	Le patient est acteur de sa récupération : préparation éducative et télésoutien pour limiter l'anxiété
Royaume-Uni et IAAS [51], [58]	Rôle renforcé des infirmières : évaluation préopératoire, sortie autonome, audit qualité
États-Unis, Australie et Royaume-Uni [7], [54], [59]	Culture de l'efficacité : indicateurs de conversion, réadmissions, satisfaction patients
5. Leviers politiques et de gouvernance	
Royaume-Uni [52]	Stratégie nationale claire : « <i>Day surgery as the default</i> », objectif ≥ 75 %. Suivi centralisé par le <i>National Health Service</i>
Recommandations internationales (OCDE, IAAS) [7], [54], [60]	Recommandations internationales : transparence des résultats et comparaison inter-pays

4. Proposition d'un plan d'actions pour favoriser la chirurgie ambulatoire

Les recommandations présentées dans cette figure constituent le fruit d'un travail universitaire de recherche et d'analyse approfondie. Elles ne sauraient constituer une liste exhaustive de l'ensemble des aménagements possibles pour un service de CA.

Ces propositions s'appuient sur plusieurs sources complémentaires : d'une part, les recommandations institutionnelles existantes (ANAP, HCSP, etc.), d'autre part, nos observations terrain lors de visites de services ainsi que l'étude de différents systèmes dans certains pays étrangers.

Leur élaboration s'inscrit dans une démarche volontairement prospective, afin de définir un cadre organisationnel de référence. Si certaines contraintes budgétaires, humaines et matérielles propres à chaque établissement ont été identifiées au cours de l'analyse, elles n'ont pas été intégrées de manière systématique afin de préserver une vision globale des leviers d'amélioration.

Les figures 3a et 3b proposent en détail un plan d'actions pour favoriser la CA.

PLAN D' ACTIONS POUR FAVORISER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

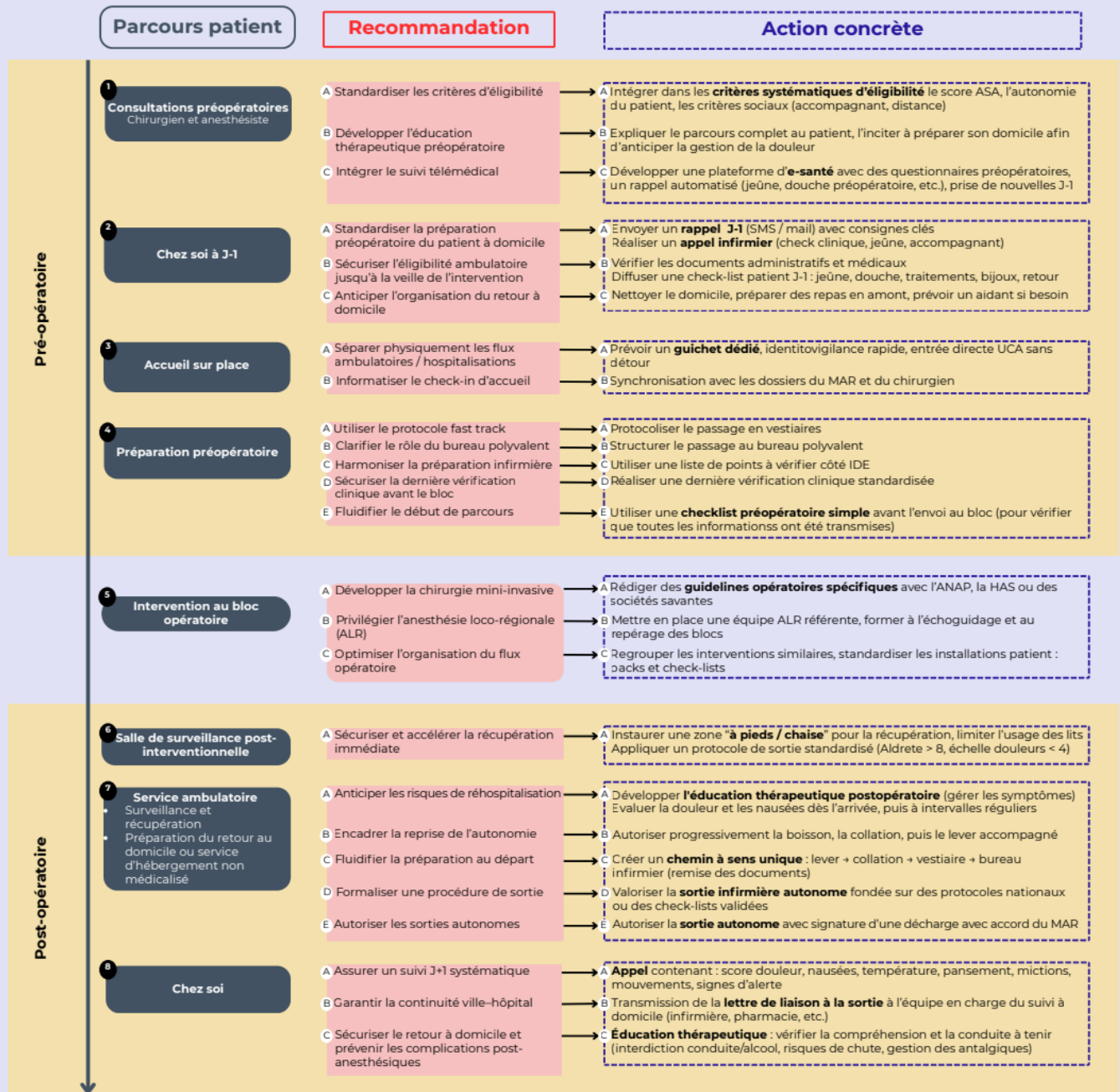


Figure 3a : Plan d'actions pour favoriser la CA - Parcours patient

Source : Auteur.e.s

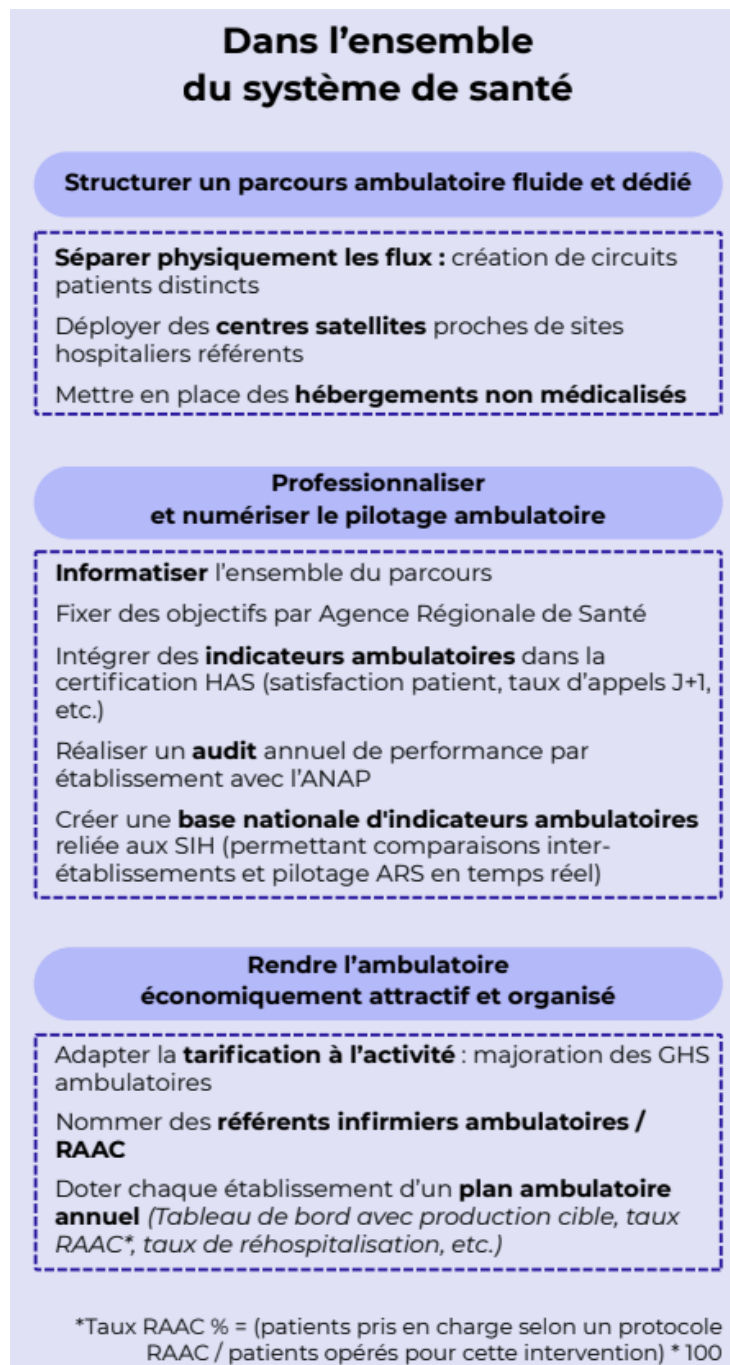


Figure 3b : Plan d'actions pour favoriser la CA - Système de santé

Source : Auteur.e.s

Enfin, une Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) a été réalisée pour identifier les risques potentiels liés à la mise en œuvre du plan d'actions proposé. Cette analyse, disponible en ligne, couvre l'ensemble du parcours de CA et hiérarchise les risques selon leur criticité.

L'évaluation repose sur les retours d'expérience terrain, les échanges avec les professionnels de santé et l'analyse de la littérature. Les niveaux de risque proposés sont contextualisés et peuvent varier selon les spécificités de chaque établissement. Cette AMDEC constitue un outil évolutif destiné à guider la mise en place d'actions d'amélioration continue.

Conclusion

Le système de santé français est structuré autour d'une logique de soins, héritée d'une époque où les pathologies chroniques et la demande chirurgicale étaient moins importantes qu'aujourd'hui. Cette organisation est désormais en décalage avec les besoins réels de la population et nécessite de repenser les parcours de soins. Dans cette perspective, le virage ambulatoire constitue l'un des leviers majeurs d'évolution du système, à condition qu'il intègre correctement le triptyque patients - soignants - établissements.

Malgré le ralentissement de la progression de la CA depuis 2023, la marge d'amélioration reste importante si l'on souhaite atteindre l'objectif recommandé de 80 %. Cependant, atteindre ce seuil nécessitera des transformations profondes telles que la réorganisation des flux, l'évolution des pratiques chirurgicales et anesthésiques et le renforcement de la coordination interprofessionnelle.

Les recommandations proposées dans ce mémoire sont conçues pour être mobilisables par les professionnels de terrain et les dirigeants d'établissements de santé. Elles ne prennent toutefois pas en compte des limites de ressources actuelles, qu'il s'agisse des effectifs infirmiers, du temps médical ou des capacités d'investissement. Or, sans un effort conséquent et une volonté collective, le virage ambulatoire ne pourra pas poursuivre sa dynamique. Ces recommandations visent à proposer des pistes opérationnelles susceptibles d'accompagner la transition. Cependant, leur mise en œuvre est conditionnée à un investissement organisationnel et financier plus ou moins important selon les structures.

Ainsi, la CA représente un modèle d'avenir, et sa consolidation repose sur une transformation de l'organisation, des pratiques et des modes de collaboration.

Utilisation d'IA génératives

Au cours de la préparation de ce travail, les auteurs ont utilisé les outils Microsoft Copilot et Claude afin de revoir l'orthographe et améliorer certaines tournures de phrase, ainsi que l'outil Napkin afin de générer des figures illustratives. Après avoir utilisé ces outils, les auteurs ont revu et corrigé le contenu si nécessaire et assument l'entière responsabilité du contenu de la publication.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques, « Panorama de la santé 2023: Les indicateurs de l'OCDE », *Éditions OCDE*, déc. 2023, doi: <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.
- [2] CNAM, Caisse nationale d'assurance maladie, « VISUCHIR », Data ameli. Consulté le: 5 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://data.ameli.fr/pages/visuchir/>
- [3] Ministère des Solidarités et de la Santé, « L'objectif de la chirurgie ambulatoire est maintenant de 70% pour 2022 », Observatoire de la Chirurgie, Agence Régionale de Santé, Ile-De-France, 2019. Consulté le: 28 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/non-classe/lobjectif-de-la-chirurgie-ambulatoire-est-maintenant-de-70-pour-2022/>
- [4] HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique, « Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé », Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, juin 2021. Consulté le: 18 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
- [5] « Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation », Ed. Legifrance, Paris, JORF n°0194 du 22 août 2012, août 2012. Consulté le: 28 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/AFSH1222673D/jo/texte>
- [6] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 », Ed. Legifrance, Paris, sept. 2015. Consulté le: 28 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/40158>
- [7] D. Bonnet-Zamponi *et al.*, « Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé », *Actual. Doss. En Santé Publique*, n° 118, p. 64, juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1179>
- [8] P. E. M. Jarrett et B. V. Wetchler, « Editorial », *Ambul. Surg.*, vol. 1, n° 1, p. 3, mars 1993, doi: [https://doi.org/10.1016/0966-6532\(93\)90061-S](https://doi.org/10.1016/0966-6532(93)90061-S).
- [9] A. Ferrero, « Anesthésie et chirurgie ambulatoire comme modèle d'évaluation de la performance et de l'adaptation du système de soins. Etat des lieux et réflexion sur l'évolution de ce mode de prise en charge dans le cadre de l'élaboration du nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en région Languedoc-Roussillon », Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Médecin Inspecteur de Santé Publique, promotion 1998-2000, Ecole Nationale

- de la Santé Publique, 1999. Consulté le: 29 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/1999/misp/ferrero.pdf>
- [10] L. Delaunay, « Évolution du parcours patient en chirurgie : de l'ambulatoire à la réhabilitation améliorée en chirurgie », *Prat. En Anesth. Réanimation*, vol. 28, n° 4, p. 225-231, sept. 2024, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2024.06.002>.
- [11] C. Vons, « Chirurgie ambulatoire : évolution des techniques et de la prise en charge chirurgicale. Vers une chirurgie d'excellence », *Presse Médicale*, vol. 43, n° 3, p. 278-282, mars 2014, doi: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.11.008>.
- [12] G. Bazin, G. Bontemps, C. Daver, M. Guérin, L. Jouffroy, G. Parmentier, J.-P. Sales, « Abécédaire chirurgie ambulatoire », Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris, Rapport / Document institutionnel, janv. 2009. [En ligne]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf
- [13] « Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie », Journal officiel de la République française, Paris, Texte Juridique n° 2022-1766, déc. 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/12/29/SPRH2207642D/jo/texte>
- [14] C. Mignot, A. Garel Pacull, et I. Hirtzlin, « Chirurgie ambulatoire - Socle de connaissances », Haute Autorité de Santé, avr. 2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf
- [15] G. Bontemps, H. Combret, C. Cohen, R. Bouzebra, et C. Vons, « Mémento chirurgie ambulatoire », CNAM, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Paris, Rapport Institutionnel, mai 2024. [En ligne]. Disponible sur: https://aidevisuchir.suadeo.fr/fichiers/CNAM_Memento_Chirurgie_Ambulatoire.pdf
- [16] HAS, Haute Autorité de Santé, « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – Référentiel, version 2025 », Haute Autorité de Santé, 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf
- [17] M. Delatte et N. Ramassamy, « 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 la chirurgie ambulatoire », Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Paris, 3350, sept. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3350_rapport-information

- [18] T. Bert, P. Hausswalt, M. Weill, C. D'Autume, S. Dupays, et J. Perlberg, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », Inspection générale des Finances, Inspection générale des affaires sociales, 2014-039R et 2014-M-034-02, juill. 2014. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/154000061.pdf>
- [19] J. Fitz-Henry, « The ASA classification and peri-operative risk », *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, vol. 93, n° 3, p. 185-187, avr. 2011, doi: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2011.93.3.185a>.
- [20] S.-D. Mihailescu, I. Maréchal, D. Thillard, A. Gillibert, et V. Compère, « Socioenvironmental criteria and postoperative complications in ambulatory surgery in a French university hospital: a prospective cross-sectional observational study », *BMJ Open*, vol. 10, n° 11, nov. 2020, doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036795>.
- [21] L. Hollender, « Obstacles « culturels » au développement de la chirurgie ambulatoire », *Bull. Académie Natl. Médecine*, vol. 185, n° 6, p. 1063-1067, juin 2001, doi: [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)34470-X](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)34470-X).
- [22] C. Hulet, G. Rochcongar, et C. Court, « Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016 », *Orthop. Traumatol. Surg. Res.*, vol. 103, n° 1, Supplement, p. S83-S90, févr. 2017, doi: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.005>.
- [23] J. M. Parrish *et al.*, « Outpatient Minimally Invasive Lumbar Fusion Using Multimodal Analgesic Management in the Ambulatory Surgery Setting », *Int. J. Spine Surg.*, vol. 14, n° 6, p. 970-981, déc. 2020, doi: <https://doi.org/10.14444/7146>. [En ligne]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33560257/>
- [24] S. Allahabadi, E. C. Cheung, J. D. Hodax, B. T. Feeley, C. B. Ma, et D. A. Lansdown, « Outpatient Shoulder Arthroplasty-A Systematic Review », *J. Shoulder Elb. Arthroplasty*, vol. 5, p. 24715492211028025, 2021, doi: <https://doi.org/10.1177/24715492211028025>.
- [25] F. Bizard, « Étude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire », URPS-ML Région Nouvelle-Aquitaine, Salamati Conseil, janv. 2019. Consulté le: 28 octobre 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.urpsml-na.org/wp-content/uploads/2024/12/RapportFinal_chirurgie_ambulatoire-FB-NouvelleAquitaine.pdf
- [26] S. Olariu, F. Ca'dariu, A. Enache, M. Avram, et C. Muresan, « Day surgery in Romania », *Ann Ital Chir*, vol. 88, n° 6, p. 567-571, nov. 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.annaliitalianidichirurgia.it/journal/AIC/article/88/6/pii/2401>
- [27] V. Šoltés et B. Gavurová, « The possibilities of day surgery system development within the health policy in Slovakia », *Health Econ. Rev.*, vol. 4, p. 35, déc. 2014, doi: <https://doi.org/10.1186/s13561-014-0035-1>.

- [28] M. Šoltés et B. Gavurová, « Identification of the Functionality Level of Day Surgery in Slovakia », *Ekón. Časopis*, vol. 62, n° 10, p. 1031-1051, 2014. [En ligne]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/273144651_Identification_of_the_Functionality_Level_of_Day_Surgery_in_Slovakia_Marek_SOLTES_-_Beata_GAVUROVA
- [29] B. Gavurova, S. Khouri et S. Korony, « Exploration of Disparities in Regions and Specialized Fields of Day Surgery System », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 17, n° 3, févr. 2020, doi : <https://doi.org/10.3390/ijerph17030936>.
- [30] HAS, Haute Autorité de Santé et ANAP, Agence Nationale d'Appui à la Performance, « Recommandations organisationnelles : pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre – 15 fiches techniques », Haute Autorité de Santé ; Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, mai 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide
- [31] HAS, Haute Autorité de Santé « IQSS 2024 - CA - Indicateurs de processus en chirurgie ambulatoire : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins », juill. 2024. Consulté le: 18 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807207/fr/iqss-2024-ca-indicateurs-de-processus-en-chirurgie-ambulatoire-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins
- [32] A. Cazenave-Lacroutz et E. Yilmaz, « Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ? », DREES – Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, 40, 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd40.pdf>
- [33] H. Massa, S. Hubert, M. Carles, et M. Raucoules-Aimé, « Anesthésie du patient ambulatoire », *EMC - Anesth.-Réanimation*, vol. 30, n° 1, p. 19, 2010, doi : [https://doi.org/10.1016/S0246-0289\(09\)50730-X](https://doi.org/10.1016/S0246-0289(09)50730-X). [En ligne]. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Anesthesie_du_patient_ambulatoire.pdf
- [34] « Le fonds d'intervention régional (FIR) », Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, nov. 2025. Consulté le: 18 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
- [35] « Modalités de facturation des activités ambulatoires hospitalières », Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, août 2024. Consulté le: 18 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur :

R. COLLÉTER, L. HIRON, R. KADEL, M. KORICHE, Master Ingénierie de la Santé (TBTS), Janvier 2026.

Disponible sur : <https://travaux.master.utc.fr/formations-master/ingenierie-de-la-sante/ids293/>

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalier/es/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>

- [36] « Appel à projet pertinence et chirurgie ambulatoire », Agence Régionale de Santé Bretagne, mai 2025. Consulté le: 18 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/appele-projet-pertinence-et-chirurgie-ambulatoire>
- [37] « Fonds d'Intervention Régional 2020 – Bilan et actions de l'ARS Hauts-de-France », Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, Lille, 2021. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/80235/download>
- [38] « ERAS® Society ». Consulté le: 1 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur:
<https://erassociety.org/>
- [39] K. M. Sauro *et al.*, « Enhanced Recovery After Surgery Guidelines and Hospital Length of Stay, Readmission, Complications, and Mortality: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials », *JAMA Netw. Open*, vol. 7, n° 6, p. 16, juin 2024, doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17310>.
- [40] C. C. de Carvalho, I. Kapsokalyvas, et K. El-Boghdadly, « Second-Generation Supraglottic Airway Devices Versus Endotracheal Intubation in Adults Undergoing Abdominopelvic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Anesth. Analg.*, vol. 140, n° 2, p. 265-275, févr. 2025, doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006951>.
- [41] J. Fiorda Diaz *et al.*, « Sugammadex versus neostigmine for neuromuscular blockade reversal in outpatient surgeries: A randomized controlled trial to evaluate efficacy and associated healthcare cost in an academic center », *Front. Med.*, vol. 9, p. 10, déc. 2022, doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1072711>.
- [42] M. Hutton, R. Brull, et A. J. R. Macfarlane, « Regional anaesthesia and outcomes », *BJA Educ.*, vol. 18, n° 2, p. 52-56, oct. 2017, doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.10.002>.
- [43] R. A. Gabriel et B. M. Ilfeld, « Use of Regional Anesthesia for Outpatient Surgery Within the United States: A Prevalence Study Using a Nationwide Database », *Anesth. Analg.*, vol. 126, n° 6, p. 2078-2084, juin 2018, doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002503>.
- [44] E. Gaertner, « Anesthésie locorégionale en ambulatoire », Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation (MAPAR), Service d'anesthésie réanimation, Hôpital de l'Archet, Nice, 2010. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/wwwmkd2hq/Anesth%20locor%20regionale%20en%20ambulatoire.pdf>

- [45] S. Lambat Emery, E. Jeannot, P. Dällenbach, P. Petignat, et J. Dubuisson, « Minimally invasive outpatient hysterectomy for a benign indication: A systematic review », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 53, n° 8, p. 102804, oct. 2024, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2024.102804>.
- [46] W. Xiong, M. Li, M. Wang, S. Zhang, et Q. Yang, « The Safety of Laparoscopic Cholecystectomy in the Day Surgery Unit Comparing with That in the Inpatient Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis », *BioMed Res. Int.*, vol. 2020, p. 11, avr. 2020, doi: <https://doi.org/10.1155/2020/1924134>.
- [47] K. Hwa et S. M. Wren, « Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery: results of a pilot program », *JAMA Surg.*, vol. 148, n° 9, p. 823-827, sept. 2013, doi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.2672>.
- [48] O. Raspado, « Les outils numériques dans le suivi des malades chirurgicaux en ambulatoire et au-delà... », *J. Chir. Viscérale*, vol. 158, n° 3, p. S32-S36, juin 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.01.005>.
- [49] C. Grange, V. Gualino, L. Klotz, T. Coutureau, P. Fournié, et V. Soler, « Améliorer la qualité de l'information en chirurgie ambulatoire de cataracte via l'envoi automatisé de SMS : une étude prospective », *J. Fr. Ophtalmol.*, vol. 48, n° 2, p. 11, févr. 2025, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2024.104368>.
- [50] « Prestation d'hébergement temporaire non médicalisé (hôtel hospitalier) », Service Public, janv. 2026. Consulté le: 16 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F35876>
- [51] C. R. Bailey *et al.*, « Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery », *Anaesthesia*, vol. 74, n° 6, p. 778-792, juin 2019, doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14639>.
- [52] British Association of Day Surgery et Centre for Perioperative Care, « National Day Surgery Delivery Pack », sept. 2020. Consulté le: 29 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
- [53] D. Pace, C. Hounsell, et D. Boone, « Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem », *Can. J. Surg. J. Can. Chir.*, vol. 66, n° 2, p. E111-E113, 2023, doi: <https://doi.org/10.1503/cjs.008022>.
- [54] P. Lemos, P. Jarrett, et B. Philip, « Day Surgery - Development and Practice », International Association for Ambulatory Surgery, 2006. Consulté le: 9 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/DaySurgery.pdf>
- [55] J. R. Sig, C. Nielsen, C. Bille, J. B. Thomsen, et J. A. Sørensen, « Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review », *J. Adv. Nurs.*, p. 25, mars 2025, doi: <https://doi.org/10.1111/jan.16930>.

R. COLLÉTER, L. HIRON, R. KADEL, M. KORICHE, Master Ingénierie de la Santé (TBTS), Janvier 2026.

Disponible sur : <https://travaux.master.utc.fr/formations-master/ingenierie-de-la-sante/ids293/>

- [56] M. W. Stomberg, M. Segerdahl, N. Rawal, J. Jakobsson, et M. Brattwall, « Clinical Practice and Routines for Day Surgery in Sweden: Implications for Improvement in Nursing Interventions », *J. Perianesth. Nurs.*, vol. 23, n° 5, p. 311-320, oct. 2008, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2008.07.003>.
- [57] M. Satokangas *et al.*, « Performing up to Nordic principles? Geographic and socioeconomic equity in ambulatory care sensitive conditions among older adults in capital areas of Denmark, Finland and Sweden in 2000–2015 », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 23, n° 1, p. 835, août 2023, doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09855-0>.
- [58] M. W. Stomberg, M. Brattwall, et J. G. Jakobsson, « Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey », *Int. J. Surg. Lond. Engl.*, vol. 11, n° 2, p. 178-182, déc. 2013, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2012.12.017>.
- [59] Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland et British Association of Day Surgery, « Day case and short stay surgery: 2 », *Anaesthesia*, vol. 66, n° 5, p. 417-434, mai 2011, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2011.06651.x>.
- [60] A. Kreutzberg, H. Eckhardt, R. Milstein, et R. Busse, « International strategies, experiences, and payment models to incentivise day surgery », *Health Policy*, vol. 140, p. 104968, févr. 2024, doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104968>.
- [61] N. A. Lindaas, K. S. Anthun, S. A. C. Kittelsen, et J. Magnussen, « Economies of scope in the Norwegian public hospital sector », *Eur. J. Health Econ.*, vol. 26, n° 2, p. 325-335, juill. 2024, doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-024-01704-z>.