

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>



COLLÉTER R. HIRON L. KADEL R. KORICHE M.



1 INTRODUCTION

Chirurgie ambulatoire (CA) : intervention sans nuitée à l'hôpital et ≤ 12 heures

64 %

des opérations chirurgicales étaient en ambulatoire en 2024 (France)

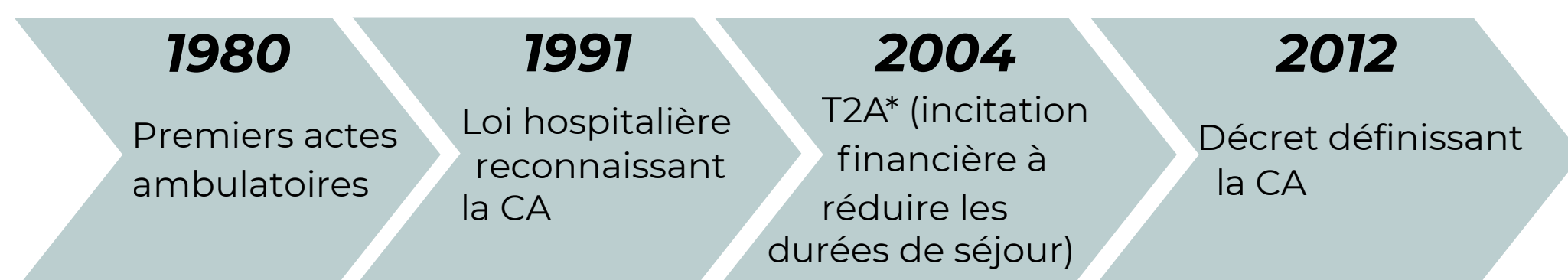
→ **Retard** du développement de la CA en France par rapport à d'autres pays européens (ex. : Norvège à 70 % en 2023)

QUESTION CENTRALE

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 ?

2 ÉTAT DES LIEUX

ÉVOLUTION EN FRANCE



* Tarification à l'activité

POURQUOI DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

SYSTÈME DE SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Réduction des coûts d'hospitalisation et ceux indirects (arrêts maladie...)

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Meilleure planification opératoire

Optimisation des lits et flux

Gain de temps

Modernisation des pratiques et attractivité des établissements

PATIENT

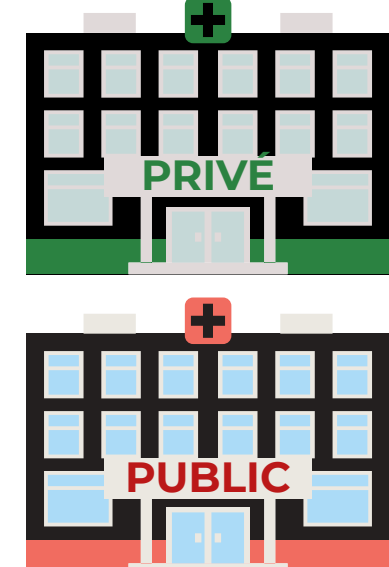
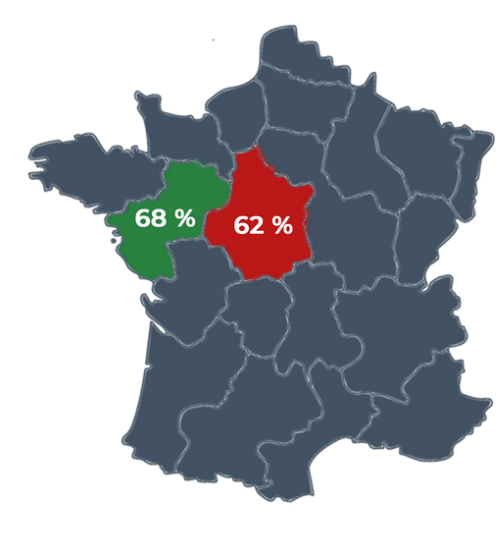
Retour à domicile le jour même

Réduction du stress

Moindre exposition aux infections nosocomiales

Récupération plus rapide

OÙ EN EST-ON ? (2024)



OPHTALMOLOGIE : 94 %
VS.
ENDOCRINOLOGIE : 11 %

3 FREINS

HUMAINS / CULTURELS

- Critères de **non éligibilité** : comorbidités multiples, âge avancé, état dégradé
- Conditions psychosociales : isolement, **précarité, éloignement**
- Tradition hospitalo-centrée en France

TECHNIQUES

- **Manque de guidelines** pour les nouvelles techniques
- Réticence des chirurgiens à changer leurs pratiques

FINANCIERS

- Peu d'incitations économiques
- **Faible rentabilité** de l'ambulatoire
- Investissement initial important

ORGANISATIONNELS

- Absence de modèle standard pour les unités de CA
- Coordination et **formation insuffisantes** du suivi post-opératoire

À L'ETRANGER

- Absence de panier de soins standard
- Remboursement peu incitatif
- Infrastructures limitées
- Suivi postopératoire insuffisant
- **Faible protection médico-légale** des praticiens en cas de complications

4 LEVIERS

ORGANISATIONNELS

- Inscription dans le projet d'établissement
- **Comité de CA** dédié
- Parcours standardisé préop-perop-postop
- **Ville-hôpital** : continuité des soins renforcée
- Organisation du retour à domicile

TECHNIQUES

- Protocoles Enhanced Recovery After Surgery / fast-track
- **Anesthésie loco-régionale**
- **Chirurgie mini-invasive, robotique**
- Télésuivi postopératoire pour sécuriser les retours précoces

FINANCIERS

- **Neutralité tarifaire** (T2A*)
- Instruction de la Direction générale de l'offre de soins/Direction de la Sécurité Sociale 2020
- **Fonds d'Intervention Régional** : soutien aux projets régionaux

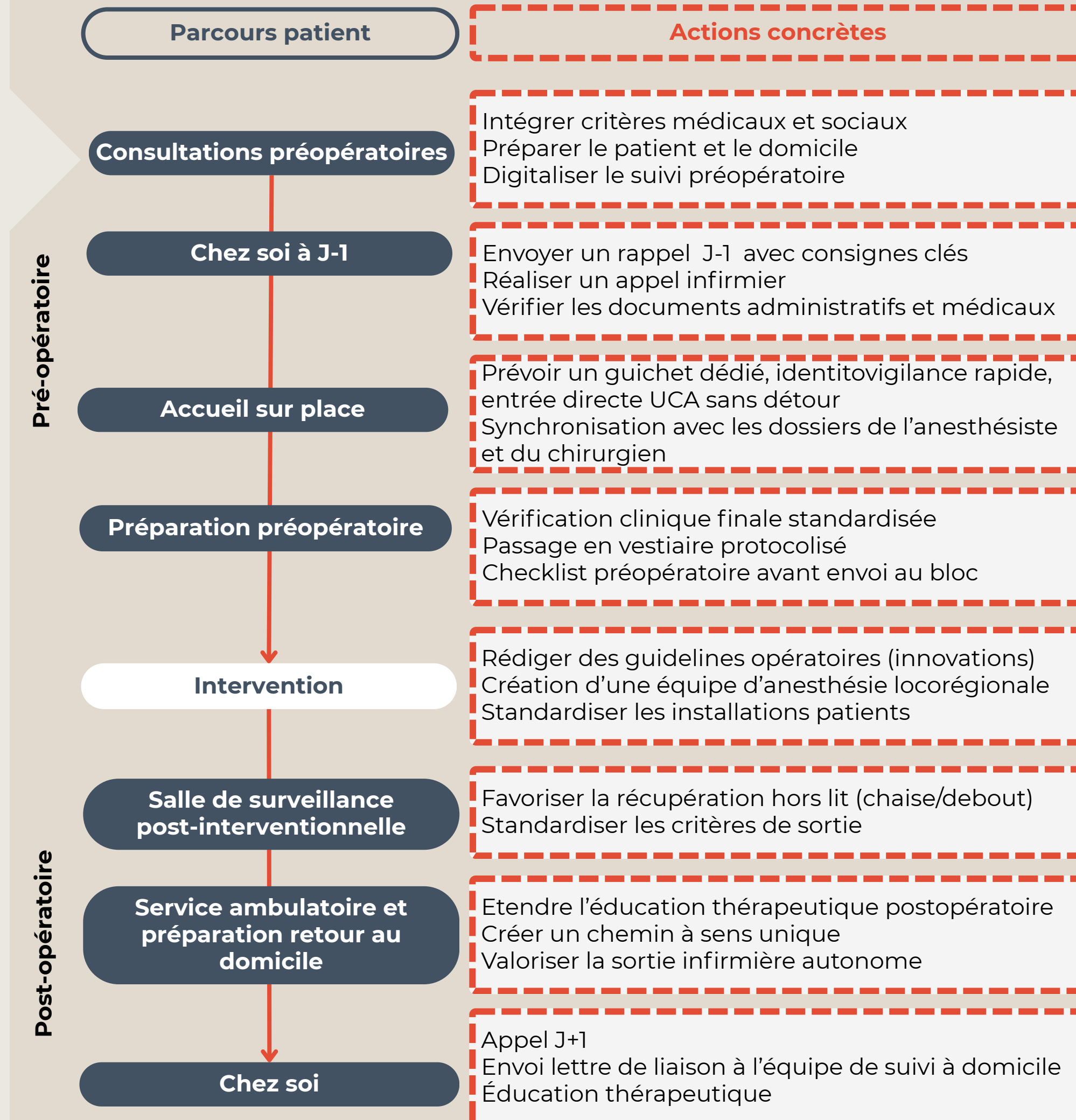
QUALITÉ

- Usage d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
- **Amélioration continue**
- Uniformisation des pratiques
- **Mise sous accord préalable** : justification de l'hospitalisation complète

A L'ETRANGER

- **Création d'unités de CA : circuits autonomes, équipes formées**
- Déploiement de centres indépendants
- Politique de réduction des lits
- Rôle renforcé des infirmières
- **Le patient est acteur de sa récupération**

5 PLAN D' ACTIONS



Dans l'ensemble du système de santé

Structurer un parcours ambulatoire fluide et dédié

Séparer physiquement les flux de circuits patients
Déployer des centres satellites
Créer des hébergements non médicalisés

Professionaliser et numériser le pilotage ambulatoire

Intégrer des indicateurs ambulatoires dans la certification HAS
Réaliser un audit annuel de performance par l'ANAP

Rendre l'ambulatoire attractif et organisé

Adapter la tarification à l'activité
Nommer des référents infirmiers ambulatoires

6 CONCLUSION

L'atteinte de l'objectif de 80 % ne dépend plus seulement de l'acte chirurgical, mais d'une **révolution organisationnelle** plaçant le **flux patient** et la **coordination** entre tous les acteurs (ville-hôpital et patient) au cœur de la stratégie hospitalière.

Bibliographie

D. Bonnet-Zamponi et al., « Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé », adsp, no 118, juin 2022.
T. Bert, P. Hausswalt et al., « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », IGF/IGAS, juill. 2014.
CC. Grange et al., « Améliorer la qualité de l'information en chirurgie ambulatoire de cataracte via l'envoi automatisé de SMS », Journal Français d'Ophthalmologie, vol. 48, n° 2, févr. 2025.
Caisse nationale d'assurance maladie, « VISUCHIR », Data ameli. <https://data.ameli.fr/pages/visuchir/>