

# BILAN

## CHIRURGIE AMBULATOIRE

Plan d'actions 2014 – 2017

*Ce document a pour ambition de recenser les actions conduites dans le cadre des chantiers menés par l'ARS Ile de France au travers de son plan d'actions 2014-2017 en faveur du développement de la Chirurgie Ambulatoire.*

## **Programme Chirurgie ambulatoire**

- Directrice : Dr Elise BLERY, DATOS, DS
- Chef de projet : Olivier FERRAIN, DATOS, DS
- Référent médical : Dr Brigitte HOMSY – HUBERT, référent thématique, DOS

## **Equipe projet ARS :**

- Aquilino FRANCISCO, pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé, DOS
- Ljiljana JOVIC, Brigitte FEUILLEBOIS, pôle ressources humaines en santé, DOS
- Ghislain PROMONET, Lambert POTTIN, pôle établissement de santé, DOS

<b>I.</b>	<b>La chirurgie ambulatoire en région Ile de France</b>	<b>1</b>
A.	Contexte et enjeux de la Chirurgie ambulatoire en 2014 .....	1
B.	La situation en Ile de France .....	1
C.	Le potentiel régional ciblé.....	3
<b>II.</b>	<b>Plan d'actions 2014 - 2017</b>	<b>3</b>
A.	Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente au sein des établissements.....	3
1.	CHANTIER 1 : Inciter les établissements par les leviers réglementaires et contractuels ..	4
✓	<i>Mise sous accord préalable avec l'Assurance Maladie .....</i>	4
✓	<i>Contractualiser des taux d'ambulatoires cibles avec les établissements dans le cadre de leur CPOM.....</i>	6
2.	CHANTIER 2 : Accompagner les établissements de santé dans le cadre de leur bascule ambulatoire .....	6
✓	<i>Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et restructurante. ....</i>	6
✓	<i>Soutien aux restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire .....</i>	6
3.	CHANTIER 3 : Avoir un espace d'échange avec les professionnels, dédié à la chirurgie ambulatoire .....	7
✓	<i>Favoriser la mobilisation des professionnels.....</i>	7
✓	<i>Le dispositif des ambassadeurs de la chirurgie ambulatoire .....</i>	8
	Dans quel cas un établissement peut-il bénéficier d'un accompagnement ? .....	8
4.	CHANTIER 4 : Soutenir le dynamisme des équipes chirurgicales et anesthésistes franciliennes et assurer la diffusion des pratiques innovantes.....	9
✓	<i>Faire de l'innovation un facteur d'adhésion .....</i>	9
B.	Accompagner la transformation territoriale de parcours et des structures .....	9
1.	CHANTIER 6 : Accompagner la transformation territoriale de l'offre chirurgicale.....	9
✓	<i>Les changements en cours dans les territoires .....</i>	9
2.	CHANTIER 7 : Organiser le parcours patient en chirurgie ambulatoire.....	10
✓	<i>La chirurgie ambulatoire, les parcours émergents en Ile de France.....</i>	10
✓	<i>La chirurgie ambulatoire, place des relations ville hôpital dans les parcours</i>	10
C.	Former, informer et sensibiliser .....	11
1.	CHANTIER 8 : Informer et convaincre les professionnels de santé .....	11
✓	<i>Contribuer à la réflexion en recherche clinique sur les parcours en CA et leurs liens avec la ville : .....</i>	11
✓	<i>Colloque régional sur la chirurgie ambulatoire en Île-de-France .....</i>	12
2.	CHANTIER 9 : Intégrer la chirurgie ambulatoire dans les formations initiales et continues des professionnels de santé .....	12
✓	<i>DU participation ARS .....</i>	12
✓	<i>Formation et compétences des acteurs en chirurgie ambulatoire .....</i>	12
D.	Perspectives .....	13
	<b>ANNEXE</b>	<b>15</b>
	Les appels à projets .....	15
	Evolution des taux de chirurgie ambulatoire des établissements soutenus.....	17

## I. La chirurgie ambulatoire en région Ile de France

### A. Contexte et enjeux de la Chirurgie ambulatoire en 2014

La volonté, tant au niveau national que régional, est de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique chirurgicale de référence et majoritaire pour l'ensemble des patients éligibles à ce type de prise en charge. Elle représente un véritable saut qualitatif, un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins mais également un facteur de maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et plus particulièrement de la chirurgie ambulatoire demeure un chantier prioritaire pour l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS-IDF).

Au moment de la conception du programme d'action 2014/17, cette ambition pour le développement de la chirurgie ambulatoire s'est déclinée au travers du CPOM de l'ARS-IDF et était l'un des 10 programmes prioritaires de la Gestion du Risque mis en œuvre en partenariat avec l'Assurance Maladie. L'objectif d'une chirurgie ambulatoire francilienne majoritaire dès 2016 sera atteint dès 2015.

Enrichi suite à la parution des objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020<sup>1</sup> et au-delà des chantiers contractualisés, le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité de l'ARS-IDF parce qu'il est un levier majeur de structuration de l'offre de soins. C'est avant tout une question de qualité et sécurité des prises en charge, sachant que les réorganisations qu'elle engendre doivent contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

L'ensemble des actions menées s'inscrivent alors dans une stratégie structurée autour des trois axes suivants :

- Maintenir l'accessibilité géographique et financière
- Améliorer l'efficacité des blocs opératoires et l'organisation de l'ambulatoire
- Mieux prendre en charge les populations spécifiques

### B. La situation en Ile de France

Au moment de la mise en place du programme, les tendances laissaient présager l'atteinte de la cible d'une chirurgie ambulatoire majoritaire au plus tard en 2018. A partir de 2015, une nouvelle nomenclature<sup>2</sup> de calcul a été adoptée. Sur la base de ce nouveau périmètre, les établissements de la région ont réalisé plus de 50 % de leur chirurgie sur un mode ambulatoire dès 2013.

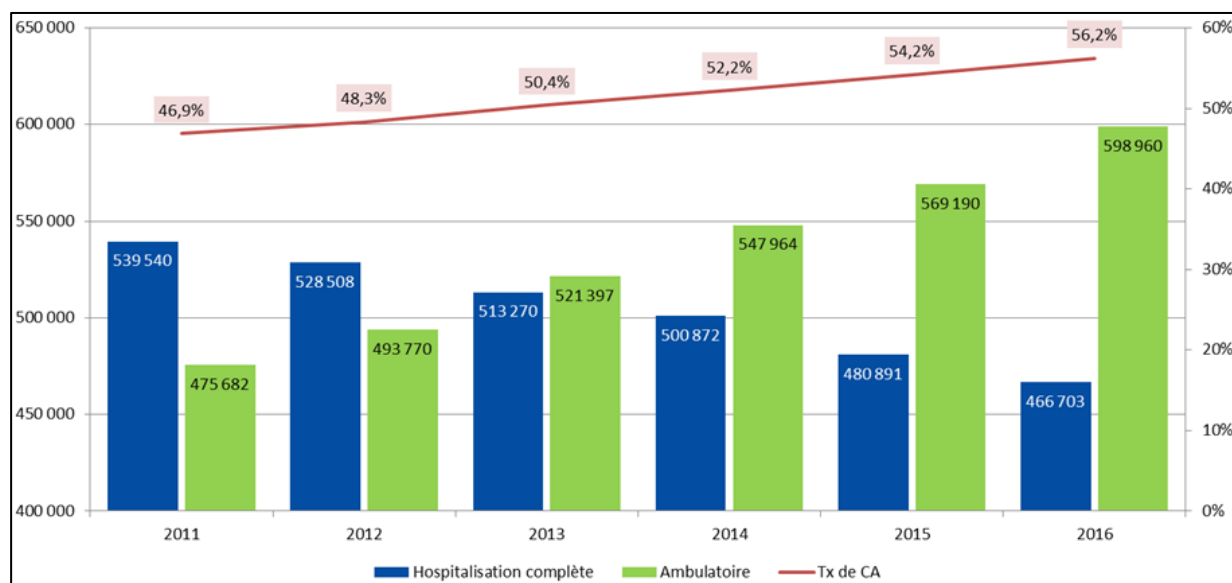
---

<sup>1</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015

<sup>2</sup> Nouveau périmètre VS ancien périmètre

Sur la période allant de 2011 à 2017, chaque année un gain situé entre 1,8 et 2,2 points a été constaté.

Figure 1 : Evolution du volume et du taux de chirurgie ambulatoire IDF

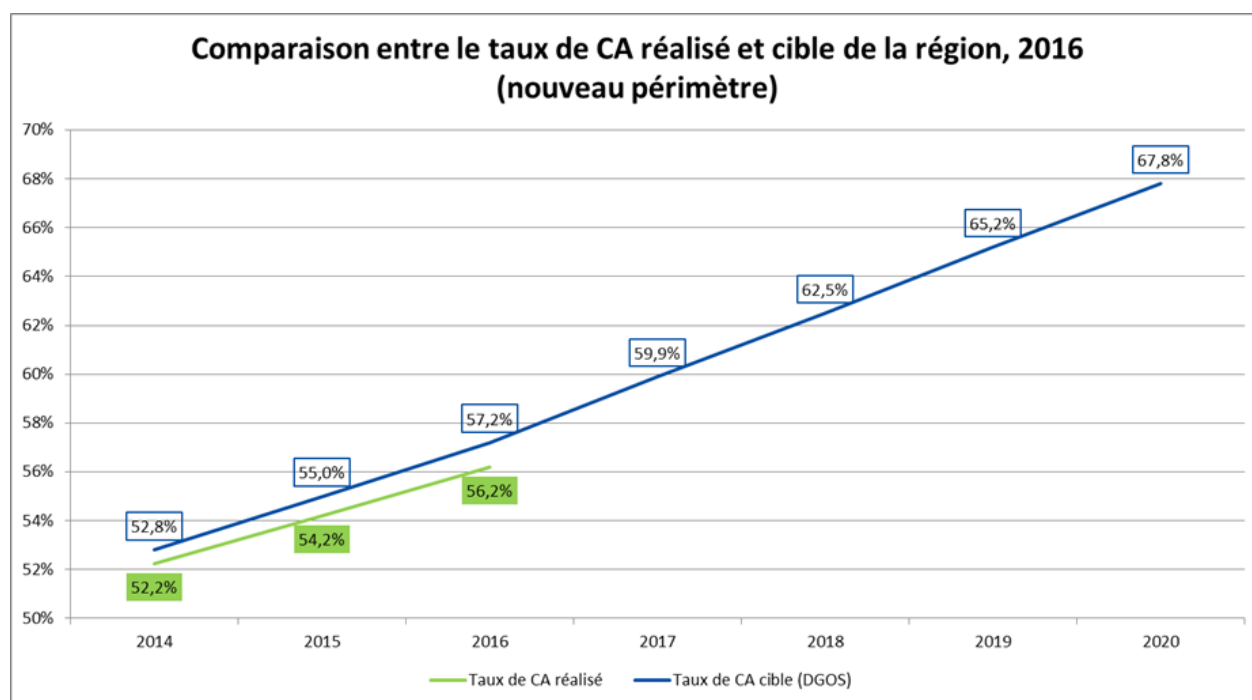


Source : PMSI/ARS IdF

Cette évolution soutenue maintient l’Ile de France dans les trois régions les plus avancées en France. Toutefois, la figure 3 rappelle que taux réel est légèrement inférieur à la cible fixée dans l’instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015.

La tendance indique une croissance maintenue tout en situant à niveau inférieur aux objectifs ambitieux fixés par le ministère.

Figure 3 : comparaison entre le taux de chirurgie ambulatoire réalisée et projeté / taux cible



Source : PMSI/ARS IdF

## C. Le potentiel régional ciblé

L'estimation du potentiel national de chirurgie ambulatoire à moyen terme a été réalisée grâce à une méthode inspirée de celle utilisée par l'IGAS/IGF.

La détermination du potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire prend en compte trois variables principales :

1. l'offre chirurgicale de l'établissement de santé : l'ensemble des racines de groupes homogènes de malade (GHM en C) ainsi que leurs effectifs respectifs (nombre de séjours par racine de GHM) ;
2. la nature de la patientèle de l'établissement, appréciée par le degré de sévérité (1, 2, 3, 4) associé à chaque opération chirurgicale ;
3. les durées de séjour constatées, par racine de GHM, au niveau de l'établissement.

Grâce à ces critères des taux de transférabilité ont été appliqués pour les couples niveau de sévérité/durée de séjours comme suit :

Niveau de sévérité / durée de séjours	J	Niv1 DS=0	Niv1 DS=1	Niv1 DS=2	Niv1 DS=3	Niv1 DS=4	Niv1 DS>4	Niv2 DS=3	Niv2 DS=4	Niv2 DS>4	Niv3 DS=4	Niv3 DS>4	Niv4 DS>4
Taux de transférabilité en %	100	100	90	80	30	20	10	20	10	5	0	0	0

Ce faisant, la méthode de l'IGAS/IDF a été utilisée afin d'estimer le potentiel de chirurgie ambulatoire d'ici 2018. En Île-de-France, la méthodologie nationale en adoptant un scénario de progression ambitieux mais réaliste nous a conduit vers un potentiel ainsi estimé :

- La progression annuelle pour atteindre la cible se décompose comme suit :
  - + 2 points en 2014 ;
  - progression linéaire de 2015 à 2020.
- Il est à noter que les taux cibles pour 2017 servent à négocier et fixer les cibles pour les CPOM des ES

## II. Plan d'actions 2014 - 2017

Le plan d'actions 2014-2017 vient renforcer et compléter les actions menées dans la période précédente. Afin d'accélérer la bascule ambulatoire, l'Agence a souhaité amplifier le plan d'actions en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire, en se structurant son intervention autour des trois axes stratégiques suivants :

- A. Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente au sein des établissements franciliens
- B. Accompagner la transformation territoriale des parcours et des structures
- C. Former, Informer et sensibiliser

### A. Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente au sein des établissements

La prise en charge des patients en ambulatoire est permise par l'adoption de nouvelles pratiques professionnelles (techniques chirurgicales, utilisation d'anesthésiques différents, prémédication modifiée), mais les freins et les leviers du développement de la chirurgie ambulatoire se situent avant tout au niveau organisationnel.

L'enjeu pour l'établissement est double : d'une part, la maîtrise du « processus de chirurgie ambulatoire », d'autre part, le développement de l'activité en termes de nombre de patients pris en charge et des conditions de prise en charge.

Le premier enjeu nécessite une organisation sans faille, en particulier au niveau du circuit du patient, dont chaque étape est susceptible de mettre en danger l'équilibre de l'ensemble. Afin de faire face au second enjeu, l'établissement doit pouvoir identifier son potentiel de développement de chirurgie ambulatoire et faire en sorte de le mobiliser tout en mettant en œuvre les conditions de sécurité pour la prise en charge en ambulatoire : information précise des patients sur l'intervention réalisée en ambulatoire et sur le parcours du patient, checklist à chaque étape de la prise en charge et contacts avec le patient avant l'hospitalisation puis après la sortie.

Les bénéfices que peut attendre l'établissement de la prise en charge ambulatoire sont également financiers. La volonté de rendre les tarifs incitatifs s'inscrit dans ce cadre. De même, l'utilisation alternative des ressources libérées par la substitution d'une prise en charge conventionnelle par une prise en charge ambulatoire n'est pas sans intérêt pour les établissements.

Afin d'accompagner le développement, des actions au travers de quatre chantiers ont été proposées :

1. Inciter les établissements par les leviers réglementaires et contractuels
2. Accompagner les établissements de santé dans le cadre de leur bascule ambulatoire
3. Avoir un espace d'échange avec les professionnels, dédié à la chirurgie ambulatoire
4. Soutenir le dynamisme des équipes chirurgicales et anesthésistes franciliennes et assurer la diffusion des pratiques innovantes.

#### 1. CHANTIER 1 : Inciter les établissements par les leviers réglementaires et contractuels

La progression constante et soutenue constatée de la part de chirurgie ambulatoire est notamment est dû aux incitatifs tarifaires et l'élargissement de la MSAP à 55 gestes marqueurs mis en place en 2012. La suppression des bornes basses pour les niveaux 1 et 2 des séjours chirurgicaux ont également eu un impact au moins équivalent sur l'évolution du taux d'ambulatoire.

##### ✓ Mise sous accord préalable avec l'Assurance Maladie

Prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, ce dispositif entend impulser le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers dans lesquels elle est peu développée.

Pour les actes chirurgicaux courants, la prise en charge des nuits d'hospitalisation dans certains hôpitaux, publics et privés, est maintenant soumise à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Cette procédure contraignante a pour objectif de faire évoluer le comportement des établissements de santé, les plus en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Le principe est le suivant : pour une liste de données de gestes (dénommés gestes marqueurs), établie par la CNAM après, depuis 2010, concertation avec les sociétés savantes des spécialités chirurgicales, si une chirurgie non ambulatoire est décidée, elle doit être validée par la caisse d'assurance maladie régionale pour que l'établissement de soins puisse être payé : c'est la mise sous accord préalable, pour ne pas faire en ambulatoire.

La décision et notification de MSAP sont faites à l'établissement par le directeur général de l'ARS pour une période maximum de 6 mois et pour un nombre réduit de gestes.

Le nombre de gestes marqueurs a augmenté depuis la mise en place de ce dispositif. De 17 gestes en 2008, la liste en comprend 55 depuis 2015.

En région Ile de France, sur la période 2014-17, 67 établissements ou groupe hospitaliers qui ont fait l'objet d'une mise sous accord préalable pour un nombre total de 1 086gestes.

Le taux de chirurgie ambulatoire des établissements ayant été placés sous procédure MSAP est en évolution position dans plus de 90% des cas. Il est toutefois nécessaire de préciser que le lien entre l'évolution global du taux au sein d'un établissement et la procédure MSAP concernant un ou quelques gestes ne peut être démontré de manière significative.

La figure 2 présente l'évolution des taux de chirurgie ambulatoire des dix dernières années en prenant en compte l'évolution du nombre de gestes marqueurs.

**Figure 2 :** Evolution positive des taux de CA : 17 gestes, 38 gestes et 55 gestes



Source : Service Médical – Assurance Maladie



✓ Contractualiser des taux d'ambulatoires cibles avec les établissements dans le cadre de leur CPOM

La sélection des établissements, a été réalisée sur la base d'une présélection des établissements avec qui contractualiser sur la base de leur taux d'ambulatoire global 2012 (GHM C) et de l'écart avec la moyenne de leur statut. L'AP-HP a fait l'objet d'une analyse différenciée en raison d'un fort enjeu étant donné le poids du CHU dans la chirurgie régionale (20%) et son faible taux d'ambulatoire (22% en 2012).

Les taux cibles proposés ont pris en compte plusieurs dimensions :

- Rattrapage de la moyenne du statut de l'établissement en ce qui concerne le taux global de chirurgie ambulatoire. Pour les ESPIC, hors CLCC et activité spécifique (ex chirurgie cardiaque), la cible est la même que pour les établissements publics ;
- Cible de 85% d'ambulatoire pour les 38 gestes marqueurs en 2017. La cible fixée pour les gestes marqueurs s'entend pour l'ensemble des 38 gestes et non pas par geste ;
- Prise en compte de l'augmentation du volume de séjours chirurgicaux de 1,75% par an ;
- L'atteinte de l'objectif régional de 50% en 2015 ;
- Evolution annuelle minimale de 2% par an du taux d'ambulatoire global (GHM C) ;
- Croissance maximale demandée de 5% par an

2. CHANTIER 2 : Accompagner les établissements de santé dans le cadre de leur bascule ambulatoire

✓ Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et restructurante.

De 2014 à 2016, le dispositif d'accompagnement, existant depuis 2011, a accompagné des établissements volontaires afin de :

- ✓ Faire de l'ambulatoire un levier d'optimisation des services d'hospitalisation complète : des tailles de service optimisées en termes d'occupation et de staffing
- ✓ Améliorer la qualité de l'organisation :
  - Diminution des déprogrammations et des transformations en hospitalisation complètes
  - Amélioration de la satisfaction des patients et des opérateurs
- ✓ Transfert de bonnes pratiques de l'ambulatoire vers les autres secteurs
- ✓ Valoriser le dynamisme des équipes chirurgicales de la région sur l'ambulatoire

Dans ce cadre, 19 projets pilotés ont été accompagnés sur la période 2014-16 (cf annexe) :

✓ Soutien aux restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire

Dans le cadre de l'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, des crédits ont pu être alloués à des établissements, retenus dans le cadre d'un appel à projet, afin de soutenir des restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire en substitution à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète.

L'accompagnement visait à soutenir :

- Des projets d'investissement immobilier ou mobilier concourant à l'amélioration et la modernisation des structures dédiées à la chirurgie ambulatoire (ex : aménagements des locaux, travaux, etc.)
- L'acquisition d'équipements matériels
- Les opérations concourant au développement des systèmes d'information.

La liste des établissements soutenus est proposée en annexe 1

### 3. CHANTIER 3 : Avoir un espace d'échange avec les professionnels, dédié à la chirurgie ambulatoire

#### ✓ Favoriser la mobilisation des professionnels

Afin d'enrichir et légitimer les actions de l'Agence en faveur de la chirurgie ambulatoire tout autant que pour aider à atteindre la cible, l'Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire – ORCA a été installé par le DG de l'ARS le 14 novembre 2014. L'ORCA a été défini comme un « un espace d'échange avec les professionnels dédié à la chirurgie ambulatoire ». Il a pour mission essentielle d'affiner et de partager en la matière le diagnostic :

- Avoir un espace d'échange avec les professionnels dédié à la chirurgie ambulatoire ;
- Affiner et partager le diagnostic
- Identifier les points forts et les points faibles, les freins, les éventuels points de blocage existants ainsi que les leviers susceptibles d'être mobilisés pour développer la chirurgie ambulatoire en Ile-de-France ;
- En faire une chambre d'écho et un relais des messages



La mise en place d'une page internet spécifique dédiée à la chirurgie ambulatoire et aux informations sur les activités de l'ORCA fut confiée au Pr. Jean-Pierre BETHOUX puis Henri-Jean PHILIPPE (UCA Cochin), membre du Bureau de l'ORCA. : [www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr](http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr)

Le site met ainsi en ligne, par exemple, une veille bibliographique médicale mensuelle concernant la chirurgie ambulatoire (toutes spécialités chirurgicales confondues) avec commentaires d'articles, régulièrement mise à jour après revues mensuelles de littérature. Il fournit également, comme indiqué dans le communiqué, des outils très pratiques pour les UCA d'aide à la construction de chemins cliniques en chirurgie ambulatoire et à l'élaboration de documents d'information pour les patients (passeports, chartes,...)

✓ *Le dispositif des ambassadeurs de la chirurgie ambulatoire*

Le dispositif proposé par les ambassadeurs est un appui à l'atteinte des cibles d'usages de la chirurgie ambulatoire, par des échanges entre pairs.

L'ambassadeur est un professionnel de la santé, impliqué dans le développement de la chirurgie ambulatoire de son établissement. Il peut être chirurgien, médecin anesthésiste, infirmier, cadre de santé ou responsable administratif.

L'ambassadeur, en sa qualité d'expert de la chirurgie ambulatoire, a pour mission d'appuyer les établissements de sa région dans l'atteinte des objectifs cibles, fixé par l'ARS. Il conseille ses pairs et facilite la connaissance et l'appropriation des outils et recommandations.

L'ambassadeur doit accompagner les démarches initiées par les établissements. Il doit répondre aux difficultés rencontrées face à un problème déterminé. Pour cela, il doit être cohérent avec les valeurs de l'ORCA et rester neutre quant aux choix de d'établissement.

Dans quel cas un établissement peut-il bénéficier d'un accompagnement ?

- Ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire
- Création de nouveaux parcours en ambulatoire
- Lancement dans la réalisation de nouveaux actes effectués en ambulatoire
- Réticences à la substitution d'actes conventionnels par de l'ambulatoire
- Objectifs importants de développement de la chirurgie ambulatoire, dans un contexte de réduction capacitaire de la chirurgie

Un premier binôme d'ambassadeurs de l'ORCA s'est rendu dans un centre hospitalier francilien. Avec un taux de chirurgie ambulatoire de 44,1% et des spécialités très dynamiques telles que la chirurgie viscérale et digestive, la gynécologie et l'orthopédie, cet établissement est déjà bien engagé dans le virage ambulatoire. En 2017, deux autres établissements ont été accompagnés par des ambassadeurs de l'ORCA pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

#### 4. CHANTIER 4 : Soutenir le dynamisme des équipes chirurgicales et anesthésistes franciliennes et assurer la diffusion des pratiques innovantes

##### ✓ Faire de l'innovation un facteur d'adhésion

###### ▪ *Geste innovant*

L'ARS-IF a décidé d'accompagner des actions de développement et de diffusion des innovations en matière de chirurgie ambulatoire en soutenant 5 équipes/actes

Les projets étaient axés sur des actes et prises en charge quasi-inexistantes ou en cours d'émergence. Certains projets pouvaient également porter sur des questions spécifiques d'anesthésiologie, de prise en charge de la douleur et d'articulation ville-hôpital.

Le soutien aux établissements engagés avait notamment pour objectifs de :

- Compenser le manque à gagner éventuel dû à l'écart entre les tarifs de l'ambulatoire et ceux des séjours en hospitalisation conventionnels (notamment « effet borne basse ») ;
- Acheter du matériel ;
- Organiser des formations à l'adresse des professionnels de l'établissement et ceux de ville ;
- Prendre en charge les autres dépenses liées au projet de développement ou de diffusion telles que proposé dans la candidature de l'équipe.

La liste des projets retenus dans le cadre de l'appel à projet geste innovant est proposée en annexe 1

En juillet 2015, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'institut national du cancer (INCa) ont lancé un appel à projets visant à accompagner les équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets organisationnels innovants. Cela, pour ouvrir le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie et inscrire cette séquence chirurgicale dans un parcours de soins.

La liste des projets retenus en Ile de France est proposée en annexe 1

## **B. Accompagner la transformation territoriale de parcours et des structures**

### 1. CHANTIER 6 : Accompagner la transformation territoriale de l'offre chirurgicale

#### ✓ Les changements en cours dans les territoires

Accompagner plusieurs établissements (ou territoires) à définir et mettre en œuvre leur stratégie territoriale (coopération, projet médical commun, équipe et plateaux techniques partagés...) en s'appuyant sur les dynamiques en cours.

- **Une offre de soins** passée de 169 établissements autorisés en chirurgie en 2010 à 155 en septembre 2017. La concentration de l'offre est une réalité durant les années du plan d'actions et semble demeurer une tendance pour les années à venir.

- **La campagne de renouvellement des autorisations de chirurgie de 2015 s'est** articulée autour d'une double volonté. D'une part, augmenter la part de chirurgie ambulatoire en Ile de France et, d'autre part, prendre en compte les niveaux d'activités modérée afin de proposer des organisations adaptées aux réalités des territoires concernés.
- **Des regroupements** d'établissements publics ou de cliniques privées, **le partage de plateaux** entre structures de statuts différents ont modifié la cartographie de l'offre en chirurgie sur le territoire.
- En 2012, la finalisation d'un **cahier des charges encadrant le fonctionnement d'un centre autonome de chirurgie ambulatoire**. En 2016, un centre mise en place en dont l'activité est exclusivement en chirurgie ambulatoire en lien avec un opérateur du territoire.
- Le contexte de la mise en place des **GHT** ainsi que de la conception des **projets médicaux partagés** est venue alimenter la réflexion concernant la gradation et l'offre territoriale en chirurgie.

## 2. CHANTIER 7 : Organiser le parcours patient en chirurgie ambulatoire

### ✓ La chirurgie ambulatoire, les parcours émergents en Ile de France

L'objectif était de proposer un dispositif permettant un travail sur la définition des besoins des relais en ville suite à des prises en charges chirurgicales (plutôt innovantes ou lourdes) en ambulatoire ainsi que d'assurer la diffusion des bonnes pratiques au sein des structures concernées dans la région.

Dans ce cadre, l'appel à projets « parcours de soins en chirurgie ambulatoire » a été publié fin 2015. La démarche visait à soutenir et accompagner des projets organisationnels s'inscrivant dans une logique de parcours et permettant le développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité autour des axes suivant :

- la coopération ville – hôpital
- l'optimisation des parcours de prise en charge en chirurgie ambulatoire
- le renforcement de l'information délivrée aux patients
- leur suivi en amont en aval de l'intervention
- la fluidification et la traçabilité des différentes étapes de prise en charge

La liste des projets retenus dans le cadre de l'appel à projet « parcours » est proposée en annexe 1.

### ✓ La chirurgie ambulatoire, place des relations ville hôpital dans les parcours

En 2017, l'ARS IdF a initié un appel à projets visant à soutenir et accompagner des projets organisationnels s'inscrivant dans une logique de parcours et permettant le développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité.

Les projets pourront concerner la coopération ville – hôpital, leur suivi en amont en aval de l'intervention, la fluidification et la traçabilité des différentes étapes de prise en charge.

Plusieurs types de projets peuvent être présentés :

- Projets sur l'information du patient et de l'entourage
- Projets sur la formation de tous les professionnels de santé à la sortie du patient (médecin, IDE, kiné ...)
- Projets sur le suivi du patient à domicile, en lien avec les résultats de l'enquête réalisée auprès des patients par l'ORCA en mai 2017, comment apporter une réponse aux patients nécessitant un recours ou une aide lors des jours suivants la sortie et mobilisant un dispositif de coordination.

### **C. Former, informer et sensibiliser**

#### 1. CHANTIER 8 : Informer et convaincre les professionnels de santé

✓ Contribuer à la réflexion en recherche clinique sur les parcours en CA et leurs liens avec la ville :

- Analyser les besoins réels et exprimés par les opérés dans les 30 jours qui suivent une intervention :
- Analyser les besoins médicaux et sociaux dans le mois suivant une intervention chirurgicale pratiquée en ambulatoire
- Analyser les solutions trouvées par les opérés et qui auraient été nécessaires
- Les modalités de recueil de données : pour les patients ayant acceptés, réception de quelques sms à intervalles réguliers pré - établis auxquels ils pouvaient répondre.

Premiers résultats :

- 1200 patients
- 10% des patients font appel à un professionnel de santé à J3 et J13
- 20% des patients font appel à une aide à J+5 principalement un membre de la famille

Premières conclusions :

- Il existe des besoins médicaux, psychologiques et sociaux
  - Le respect des critères d'éligibilité est essentiel
  - Analyse plus fine afin de déterminer pour quels actes, apporter des solutions spécifiques en fonction des actes, des âges, du sexe...
  - Intérêt peut-être d'explorer les solutions techniques et les organisations permettant de renforcer les liens hôpital – patient.
- 
- Questionnaire médecins traitants - chirurgie ambulatoire

Une enquête a été réalisée afin d'apprécier la place des médecins traitants dans la prise en charge chirurgicale en ambulatoire.

177 médecins ont répondu. Les principaux résultats sont les suivants :

- Taux d'ambulatoire fréquemment sous-estimé

- Intégration faible dans le choix ambulatoire
- Place dans ce choix non obligatoire
- Peu informé de la date d'intervention
- Délai de réception du CRH tardif
- Favorable aux envois par emails
- Capacité à gérer des problèmes post-opératoires
- Contact des équipes chirurgicales variable
- Volontaire pour des formations

✓ Colloque régional sur la chirurgie ambulatoire en Île-de-France

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a organisé trois colloques régionaux sur la thématique.

L'objectif de ces rencontres, organisées avec le concours de l'Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire, est de faire un tour d'horizon du contexte et partager les enjeux liés au développement régional de la chirurgie ambulatoire.

Les thèmes proposés :

- En 2015, le développement de la chirurgie ambulatoire en Ile-de-France
- En, 2016, réussir son virage ambulatoire
- En 2017, les relations ville-hôpital : un enjeu prioritaire en chirurgie ambulatoire

2. CHANTIER 9 : Intégrer la chirurgie ambulatoire dans les formations initiales et continues des professionnels de santé

✓ DU participation ARS

Au sein de la Faculté de Médecine Paris Descartes, l'ARS anime un séminaire au sein du DIU Procédures en anesthésie et chirurgie ambulatoire. L'objectif de cette formation universitaire est de donner à tous les acteurs impliqués dans la chirurgie ambulatoire les connaissances et les moyens nécessaires à créer ou développer l'activité de chirurgie ambulatoire selon les critères actuels de performance, de qualité et de sécurité

Public : Médecins, chirurgiens et anesthésistes, personnel non médical, personnel administratif exerçant ou souhaitant s'impliquer activement dans une unité de chirurgie ambulatoire.

✓ Formation et compétences des acteurs en chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut sous-entendre le développement de pratiques (chirurgicales, anesthésiques), la mise en place d'une organisation spécifique liée à la prise en charge des patients et peut reporter un certain nombre de gestes vers la ville (pansements, suivi post-opératoire). Elle peut donc nécessiter auprès des professionnels de santé et des cadres administratifs des compétences spécifiques.

Afin d'offrir la plus grande lisibilité possible, une réflexion a été initiée par « le Pôle Ressources Humaines en Santé » de l'ARS-IDF sur la formation initiale et continue en chirurgie ambulatoire aboutissant :



- à un questionnaire électronique d'état des lieux adressé durant l'été à toutes les institutions concernées,
- à une identification des besoins en compétences professionnelles individuelles et collectives (techniques, relationnelles, organisationnelles)

Parution et diffusion du document « Formation et compétences des acteurs en chirurgie ambulatoire » en janvier 2016, disponible sur le site de l'ARS.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/CHIRURGIE-AMBULATOIRE.104896.0.html>

#### **D. Perspectives**

Le développement de l'ambulatoire paraît aujourd'hui limité par :

- Le recrutement dans le cadre d'un flux d'urgence important qui n'est pas, par nature, totalement adapté au flux hyper réglé que doit être l'ambulatoire ;
- des infrastructures peu adaptées et du capacitaire insuffisamment restructuré : les structures sont très hôtelières alors qu'il faut privilégier de la marche en avant et des espaces collectifs, elles sont trop petites tandis que le capacitaire en hospitalisation complète est trop important
- la nécessité de préserver le chiffre d'affaire tiré des prestations hôtelières ;
- les difficultés liées à la préparation de la sortie et à la simplification des procédures ;
- et parfois le manque d'information relatif à ce mode de prise en charge.

De plus, les contraintes financières, organisationnelles, démographiques, épidémiologiques poussent vers d'autres évolutions :

- La stratégie proactive des établissements qui se réorganisent, en se spécialisant sur un mode de prise en charge ou sur un type de pathologie (ex chirurgie orthopédique prothétique), et qui risquent fortement de gagner des parts de marchés qu'ils étaient en train de perdre ces dernières années;
- Les établissements qui, en raison de problèmes de financement, d'investissement et de démographie médicale et paramédicale, sont démunis et doivent être accompagnés dans un mouvement similaire à celle des stratégies de groupe, au travers d'une approche territoriale de la chirurgie.

Les modalités d'actions pour les années à venir doivent intégrer une dimension élargie aux aspects liés à :

- La RAAC



- L'évolution des plateaux techniques
- La gradation de l'accès aux plateaux techniques
- Les organisations des circuits de chirurgie et plus exclusivement sous l'approche ambulatoire
- la pertinence des actes et des parcours en chirurgie ambulatoire et en chirurgie plus généralement
- la place des hébergements temporaires non médicalisés (hôtel hospitalier)

## Les appels à projets

### Appel à projet : Optimisation du fonctionnement des UCA

- Pour l'AP-HP :
  - o GH Henri Mondor
  - o La Pitié Salpêtrière
  - o HU Paris centre (Albarran)
  - o HU Paris centre (Port- Royal)
  - o Paris Ile de France Ouest : A. Paré
  - o Paris Nord Val de Seine : Bichat
  - o Paris Seine Saint Denis : Avicenne
  - o Saint Lariboisière : Saint Louis
- Les Centres Hospitaliers de :
  - o Fontainebleau
  - o Longjumeau
  - o Neuilly – Courbevoie – Puteaux
  - o Saint Denis
  - o Orsay
  - o Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- Clinique Sainte – Marie
- Centre Médico-chirurgical de l'Europe
- GH d'Eaubonne Montmorency
- HIA Begin
- Institut Hospitalier Franco – Britannique

### Appel à projet geste innovant :

- Hôpital Ambroise Paré : Arthroplastie totale de l'épaule
- Clinique Paris V : Prothèse totale de hanche
- Hôpital Tenon : Chirurgie du Pneumothorax
- Centre hospitalier Sud Francilien : Hystérectomie par voie vaginale
- CHI Poissy-Saint-Germain : Thyroïdectomie
- Clinique Sainte Marie : Chirurgie bariatrique

### AAP parcours :

- Tenon : Optimisation du parcours de soins des patients insuffisants rénaux opérés en ambulatoire d'un accès artériovoineux pour hémodialyse (Fistule Artériovoineuse FAV)
- Bicêtre : Urgences en gynécologie : faisabilité et bénéfice d'une prise en charge différée en ambulatoire
- Cochin : Télésurveillance en face à face
- Robert Debré : Prise en charge des urgences pédiatriques en chirurgie ambulatoire : l'appendicite simple
- Robert Debré : Mise en place d'un parcours connecté des patients en pré et postopératoire
- Hôpital privé d'Antony : Utilisation d'une solution informatique de télésurveillance pour le rappel à J+1 et le suivi en chirurgie ambulatoire.

### Aap INCA/DGOS

- Hôpitaux universitaires Saint Louis Lariboisière – F. Widal : prise en charge des cancers du sein et de la vessie en ambulatoire.
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil : prise en charge des cancers du sein et de l'endomètre en ambulatoire.
- Hôpitaux Universitaires Henri Mondor : prise en charge des cancers du sein et de la peau des patients de plus de 75 ans.
- Hôpitaux Universitaires La Pitié – Salpêtrière – Charles – Foix : prise en charge des cancers du sein, rein, colo rectal, du foie, de la thyroïde en chirurgie ambulatoire.

## AAP Ville hôpital

- Clinique de l'Alma :
  - L'informatisation des documents (compte-rendu, ordonnances, consignes générales et spécifiques) ;
  - L'interopérabilité des systèmes avec les progiciels (Ambu'Activ, MS Santé) et les bases de données existantes (annuaire RPPS) ;
  - Une application mobile sécurisée pour assurer le suivi des patients comprenant un système automatisé d'alerte permettant de traiter en niveaux de réponse et l'identification d'un/e IDE et praticien référent ;
  - Une messagerie de santé sécurisée entre la ville et l'Hôpital ;
  
- CHI Poissy St Germain : Toutes les patientes opérées d'une mastectomie, ou d'un curage axillaire pour un cancer du sein et relevant de la chirurgie ambulatoire :
  - 1/ Formation des professionnels de ville et de l'équipe paramédicale de l'UCA
    - Campagne de communication auprès des professionnels de ville ; créations de supports d'apprentissage utilisés lors des soirées d'enseignement et consultables en ligne ;
  
  - 2/ Education des patientes et de leur entourage
    - A l'hôpital : par l'infirmière de consultation de chirurgie référente en sénologie (découverte des prothèses ou des redons) ; par les IDE de gynécologie référentes en sénologie (séances de préparation à la chirurgie du cancer du sein); par l'équipe paramédicale de l'UCA
    - En ville : au domicile, par l'IDE de ville formée et choisie par la patiente (lors du contact préopératoire et lors des visites post opératoires); par le kinésithérapeute
    - Par l'intermédiaire d'une tablette informatique : visionner les films ; consulter les fiches explicatives sur l'intervention et les suites post opératoires.
  
- Hôpital Foch : Délivrance de l'information aux patients par un robot humanoïde en complément de celles délivrées par l'infirmière.
- Clinique des Lilas : Dématérialisation des démarches du patients et des professionnels de santé. Acquisition et installation des progiciels : MHEL (mon hopi en ligne) et Ambu'Activ (veille, lendemain et suivi du patient par sms)
- Clinique de Domont: Renforcer les modalités d'information et de préparation du patient : Mise en place d'une application smartphone encadrant la préparation du parcours Intervention d'une IDE libérale lors des rdv préopératoires pour la chirurgie lourde
- HU Henri Mondor site Henri Mondor APHP Coordination des parcours de chirurgie ambulatoire pour les patients précaires /handicap/etc.
- HU Paris Sud Site Paul Brousse APHP Télésurveillance à domicile post hépatectomie pour TB ou TM 1 ou 2 segments, ou Kyste biliaire
- HU Pitié Salpêtrière APHP : Mastectomie+/-curage en CA, formation des PS 3 journée /an, 1/2 théoriques, 1/2 pratiques, outils d'information sur le site internet, plateforme e Learning
- CHNO des quinze vingts Paris : Mise en place d'un outil de communication innovant permettant de fluidifier les différentes étapes de la prise en charge ambulatoire : la e-préparation du patient
- GH Paris Saint Joseph : le suivi et l'information du patient au moyen d'un dispositif SMS, mail et appuyé par une interface web (proposant du contenu informatif.
- Clinique Turin : Informatiser RAAC/Chirambu des PTG et PTH
- Clinique parc Monceau : Informatiser les parcours RAAC/Chirambu des hernies discales lombaire et PTH

## Evolution des taux de chirurgie ambulatoire des établissements soutenus

Etablissement	Dpt	Statut	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CLINIQUE BIZET	75	PRIVE	44,0%	47,7%	47,0%	52,4%	57,3%	55,6%
CLINIQUE INTERNATIONALE PARC MONCEAU	75	PRIVE	38,7%	36,7%	36,0%	37,3%	43,5%	49,4%
FOND ST JEAN DE DIEU CLINIQUE OUDINOT	75	PRIVE	46,6%	46,4%	50,2%	52,9%	56,4%	61,5%
HU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	75	AP-HP	36,5%	34,4%	37,5%	35,2%	37,3%	42,1%
HU EST PARISIEN SITE TENON APHP	75	AP-HP	30,1%	32,3%	32,7%	34,3%	33,6%	34,8%
HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	75	AP-HP	26,5%	28,1%	26,9%	26,8%	26,7%	26,4%
HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	75	AP-HP	41,6%	43,3%	46,3%	49,6%	51,5%	52,6%
CHNO DES QUINZE-VINGTS PARIS	75	PUBLIC	61,3%	63,2%	68,4%	72,9%	76,4%	78,9%
CLINIQUE DE L ALMA	75	PRIVE	35,0%	39,8%	45,5%	52,6%	48,9%	44,7%
CLINIQUE PARC MONCEAU	75	PRIVE	38,7%	36,7%	36,0%	37,3%	43,5%	49,4%
CLINIQUE TURIN	75	PRIVE	31,3%	34,8%	42,3%	49,4%	54,6%	54,2%
GH PARIS SAINT JOSEPH	75	ESPIC	27,4%	29,8%	35,7%	37,6%	41,0%	44,3%
HU PARIS CENTRE	75	APHP	41,6%	43,3%	46,3%	49,6%	51,5%	52,6%
HU PARIS NORD SITE BICHAT APHP	75	APHP	21,3%	21,3%	21,6%	22,8%	26,8%	26,7%
HU PITIE SALPETRIERE APHP	75	APHP	17,1%	18,7%	19,5%	20,5%	20,9%	23,0%
HU ROBERT DEBRE APHP	75	APHP	28,9%	31,9%	34,4%	39,7%	45,2%	46,9%
HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE APHP	75	APHP	23,9%	27,5%	28,4%	34,1%	36,6%	42,2%
HU SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS APHP	75	APHP	21,2%	23,8%	26,9%	28,4%	31,1%	33,9%
CENTRE HOSP. DE FONTAINEBLEAU	77	PUBLIC	39,5%	41,1%	42,0%	40,7%	41,2%	45,3%
CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	78	PUBLIC	37,8%	38,2%	38,4%	42,1%	42,8%	43,4%
CLINIQUE SAINT LOUIS	78	PRIVE	63,6%	65,8%	69,3%	67,0%	68,2%	72,5%
HOPITAL PRIVE DE PARLY II	78	PRIVE	42,0%	45,2%	45,8%	48,1%	52,3%	55,8%
CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	78	PUBLIC	39,8%	38,7%	42,4%	42,9%	44,1%	48,2%
CH PRIVE DE L EUROPE	78	PRIVE	45,1%	45,7%	46,7%	48,9%	50,0%	50,8%
CHI POISSY ST-GERMAIN	78	PUBLIC	51,6%	54,3%	55,6%	57,9%	58,4%	60,7%
CENTRE HOSPITALIER DES DEUX VALLEES	91	PUBLIC	39,4%	37,0%	37,6%	38,7%	44,2%	44,6%
HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	91	PRIVE	48,3%	49,8%	54,6%	57,3%	59,5%	64,6%
HOPITAL PRIVE JACQUES CARTIER	91	PRIVE	38,7%	41,6%	45,1%	47,0%	46,8%	47,5%
CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN	91	PUBLIC	33,5%	35,2%	35,2%	41,0%	42,6%	44,3%
CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE	92	PUBLIC	44,3%	50,9%	54,7%	56,1%	57,1%	57,8%
HOPITAL FOCH	92	ESPIC	24,0%	25,6%	26,4%	28,0%	28,4%	32,7%
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	92	PRIVE	55,9%	58,0%	61,8%	63,6%	64,5%	67,8%
HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	92	APHP	31,1%	32,2%	36,6%	38,1%	40,3%	46,5%
INSTITUT HOSPITALIER SITE KLEBER	92	ESPIC	38,8%	38,2%	41,0%	37,7%	39,1%	43,2%
CENTRE HOSPITALIER DE ST-DENIS	93	PUBLIC	44,2%	44,1%	46,6%	46,1%	49,2%	51,6%
CLINIQUE DES LILAS	93	PRIVE	32,9%	32,9%	34,5%	33,9%	34,3%	40,1%
HU PARIS SITE AVICENNE APHP	93	APHP	40,8%	35,4%	40,1%	38,6%	38,4%	40,6%

CLINIQUE DE L ESTREE	93	PRIVE	57,0%	59,5%	62,0%	62,4%	63,0%	62,3%
CTRE HOSP. ANDRE GREGOIRE	93	PUBLIC	46,1%	51,8%	49,6%	51,0%	54,7%	61,1%
CENTRE HOSPITALIER INTERCOM DE CRETEIL	94	PUBLIC	45,7%	48,3%	49,4%	52,6%	55,1%	56,1%
HIA BEGIN	94	HIA	21,4%	27,9%	31,3%	32,7%	28,7%	37,3%
HU HENRI MONDOR SITE HENRI MONDOR APHP	94	APHP	4,0%	6,6%	8,8%	10,8%	15,8%	19,6%
C.H.I DE VILLENEUVE-ST-GEORGES	94	PUBLIC	43,8%	45,7%	48,8%	48,3%	50,9%	55,0%
HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	94	APHP	27,8%	30,8%	32,6%	32,6%	34,3%	35,9%
HU PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	94	APHP	24,2%	25,5%	24,4%	24,4%	23,4%	25,6%
CLINIQUE DE DOMONT	95	PRIVE	66,0%	68,4%	72,1%	77,9%	100,0 %	100,0 %
CLINIQUE SAINTE MARIE	95	PRIVE	64,2%	65,4%	67,9%	72,4%	75,0%	77,8%
GHEM EAUBONNE MONTMORENCY SIMONE VEIL	95	PUBLIC	37,0%	36,9%	37,0%	39,5%	43,3%	49,9%
HOPITAL PRIVE ARMAND BRILLARD	94	PRIVE	50,6%	50,4%	53,1%	54,9%	56,1%	58,6%
CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS PONTOISE	95	PUBLIC	41,6%	43,1%	43,6%	44,5%	47,5%	48,2%