

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

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

*Socle de
connaissances*

Synthèse

Avril 2012

Le document source de cette synthèse est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

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

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

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

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

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

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

Préambule

La chirurgie ambulatoire vue par l'ANAP et la HAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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



Jean-Luc HAROUSSEAU
Président du Collège



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Philippe RITTER
Président du Conseil d'administration



ANAP
appui santé & médico-social

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	7
2. MÉTHODE DE TRAVAIL	8
3. SYNTHÈSE	9
3.1 Définition de la chirurgie ambulatoire	9
3.2 Absence de spécificité de l'acte chirurgical par rapport à l'hospitalisation classique.....	9
3.3 État des lieux du développement en France par rapport à l'étranger	9
3.4 Évaluation du potentiel de développement en France	10
3.5 Autorisation	10
3.6 Modèles organisationnels	11
3.7 Personnel	11
3.8 Information délivrée au patient	12
3.9 Étapes clés avant l'hospitalisation.....	12
3.10 Circuit du patient le jour de son intervention	12
3.11 Continuité des soins.....	13
3.12 Bénéfice pour les patients.....	13
3.13 Risques postopératoires et modalités d'anticipation	14
3.14 Satisfaction des patients	15
3.15 Coût par rapport à la chirurgie classique	15
3.16 Modalités d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire	16
4. PERSPECTIVES	18
Annexe 1. Participants.....	19
Annexe 2. Fiche descriptive.....	20

INTRODUCTION



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

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

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

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

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

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis par l'ANAP et la HAS. Une planification pluriannuelle (2012–2015) a été établie. Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement par les deux institutions.

L'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire est soulevé dans le cadre de ce premier document socle de connaissances (axe 1).

Des travaux seront ensuite menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (axe 2).

L'axe 3 sera consacré à la dimension organisationnelle, en considérant les modèles et outils déjà mis en œuvre.

Les résultats des études d'exploration du champ organisationnel contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (axe 5).

Les recommandations à vocation économique (axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer ses résultats.

Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement, de manière à assurer une cohérence globale des recommandations pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (axe 6).

2. MÉTHODE DE TRAVAIL

Sur la base des données publiées, les articles ont été sélectionnés à la lecture des résumés et/ou des textes intégraux et suivant les critères énoncés ci-après.

Concernant la partie définition, réglementation, modalités d'organisation et étapes de prises en charge, ont été retenus :

- les recommandations sur la pratique de la chirurgie ambulatoire émanant de sociétés savantes impliquées dans la chirurgie ambulatoire ;
- les textes réglementaires sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en France.

La littérature étant peu spécifique et avec peu de description de méthode sur ce sujet organisationnel, tous documents servant de recommandations, compilant assez d'informations et de détails sur le sujet, ont été conservés, quelles que soient leurs modalités d'élaboration.

Concernant la partie évaluation du bénéfice et du risque, seuls les articles traitant d'un ensemble de procédures chirurgicales réalisées en ambulatoire ont été sélectionnés. Ceux se focalisant sur un type d'intervention n'ont pas été retenus. La stratégie de recherche a été restreinte aux années 2000 à 2011, puis a été étendue aux articles pertinents référencés dans les bibliographies des articles sélectionnés. Pour chaque thématique d'évaluation, la sélection a suivi la stratégie suivante :

- si des données comparant la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique étaient disponibles, elles étaient retenues prioritairement ;
- si un nombre suffisant d'études comparatives n'était pas disponible, les études observationnelles descriptives étaient retenues :
 - pour l'évaluation de la mortalité et de la morbidité majeure, seules les études de forte puissance ont été sélectionnées,
 - pour les autres thématiques, les études ont été sélectionnées selon leur pertinence méthodologique et leur spécificité à traiter le thème,

- les études comparant différentes stratégies de prise en charge des complications postopératoires (douleurs, nausées et vomissements postopératoires, prévention et surveillance de la rétention urinaire) n'ont pas été incluses, car elles ne répondent pas aux objectifs de cet état des lieux.

Concernant la documentation des aspects économiques et le constat du retard français :

- une recherche de littérature française a été conduite dans la Base de données de santé publique (BDSP) sur la période 2000–2011, complétée par une consultation directe des sites des différents organismes institutionnels (Caisse nationale d'assurance maladie, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Inspection générale des affaires sociales, Assemblée nationale, Cour des comptes, Agence technique pour l'information hospitalière). Elle a permis d'identifier les travaux permettant d'évaluer le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire, le coût pour l'assurance maladie et de préciser les règles tarifaires appliquées ;
- l'analyse a été complétée par une interrogation de deux bases de données : la Statistique annuelle des établissements (SAE), les données de l'ENCC et les tarifs des GHM publiés par l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH) ;
- une recherche documentaire, conduite au niveau international, a eu pour objectif d'identifier les études publiées sur le coût de la chirurgie ambulatoire en regard de la chirurgie classique, quel que soit le type d'intervention.

8 797 références ont été obtenues, 953 ont été analysées et 198 ont été retenues.

Ce rapport dans sa version provisoire a fait l'objet d'une relecture par l'AFCA, la DGOS et l'ATIH en février-mars 2012. Les remarques et contributions entrant dans le cadre des objectifs fixés du socle de connaissances ont été prises en compte.

3. SYNTHÈSE

3.1 Définition de la chirurgie ambulatoire

La terminologie de « chirurgie ambulatoire » peut couvrir des périmètres d'activité et des modes de fonctionnement variables en fonction des pays.

En France, elle est définie comme des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention. Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'*International Association Ambulatory Surgery* (IAAS).

Sur le plan réglementaire, le Code de la santé publique la présente comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation, et limite sa durée journalière d'ouverture à 12 heures. Son organisation doit être spécifique, et elle dispose de moyens propres en locaux, en matériel ainsi qu'en personnel. Son caractère de chirurgie « qualifiée » et « substitutive » à l'hospitalisation à temps complet souligne également que les prestations équivalent par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation traditionnelle.

Dans tous les cas, la chirurgie ambulatoire se différencie des chirurgies dites :

- *extended recovery* également appelées *23 hours*, *overnight stay*, *single night*, soit de 23 heures, ou séjour d'une nuit ;
- *short stay*, soit chirurgie avec une hospitalisation de 24 à 72 heures ;
- « foraine », où l'unité ambulatoire n'est pas différenciée du reste du secteur chirurgical d'hospitalisation.

Dans les statistiques internationales, la chirurgie ambulatoire peut être incluse dans les prises en charge en *outpatient*, c'est-à-dire une prise en charge autre que dans le cadre de l'hospitalisation traditionnelle, mais cette appellation peut recouvrir des activités très différentes de la chirurgie ambulatoire comme les consultations externes, certains actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie, de dialyse ou encore des soins à domicile.

3.2 Absence de spécificité de l'acte chirurgical par rapport à l'hospitalisation classique

L'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Ce n'est d'ailleurs pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. La décision de prendre en charge pour une intervention un patient en ambulatoire est basée sur le triptyque patient-acte-structure qui correspond à l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

Concernant la prise en charge anesthésique ambulatoire, il n'existe pas non plus de spécificité. Pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), l'ensemble des agents d'anesthésie peut être utilisé. Il semble toutefois intéressant de privilégier des agents à délai d'action rapide, à durée de vie courte et à effets secondaires réduits, afin de faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.

3.3 État des lieux du développement en France par rapport à l'étranger

Les statistiques internationales sont difficiles à établir, car il existe des différences dans la terminologie employée et l'organisation des systèmes de santé. La situation américaine est souvent utilisée comme point de référence pour comparer les différents pays entre eux. Mais dans ce pays, la chirurgie effectuée dans des cabinets médicaux et dite de « 23 heures » est souvent incluse dans les statistiques, de même que les consultations externes ou les actes de radiologie interventionnelle, alors que cette pratique ne correspond pas à la définition internationale de la chirurgie ambulatoire retenue par l'IAAS.

Afin d'améliorer la connaissance des taux de chirurgie ambulatoire au niveau international, l'IAAS a mené quatre enquêtes successives et utilisé la même définition pour tous les pays. **Ces enquêtes montrent que le taux de chirurgie ambulatoire est globalement inférieur en France à celui de nombreux autres pays européens.** Ainsi, pour la dernière année disponible (2009) :

■ **Pour une liste sélectionnée de 37 procédures :** le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de 65 % en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède, et déjà de 83,5 % en 2004 aux États-Unis (donnée non disponible pour 2009).

■ **Pour l'ensemble de la chirurgie :** le taux de chirurgie ambulatoire était de seulement 36 % en France alors qu'il dépassait les 50 % au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède.

En France, l'interrogation directe de la Statistique annuelle des établissements (SAE) montre que les venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoires sont passées de 37 % à 46 % du total des entrées entre 2004 et 2010. Il s'agit toutefois de données déclaratives des établissements pour lesquelles la non-réponse de certains établissements n'est pas retraitée statistiquement. Les données issues du PMSI montrent quant à elles, que la part des séjours réalisés en ambulatoire est passée de 32,7 % en 2007 à 37,8 % du total des séjours en chirurgie en 2010.

Ces informations doivent toutefois être interprétées avec prudence, compte tenu des difficultés méthodologiques afférentes à leur collecte (les systèmes d'information et de classification relatifs à l'activité hospitalière varient selon les pays, et le périmètre de la chirurgie ambulatoire dans les nomenclatures françaises a évolué au cours de la période d'observation).

3.4 Évaluation du potentiel de développement en France

Au début des années deux mille, deux études françaises portant sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire avaient été publiées. La première a été réalisée par le CREDES en 1999, et la seconde a été réalisée en 2001 par les trois principaux régimes d'assurance maladie.

Dans l'étude du CREDES, l'analyse du taux potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, à partir de dix-sept gestes marqueurs identifiés dans le PMSI, avait montré une forte variabilité d'une activité à une autre : de

14 % pour une intervention concernant la hernie chez l'adulte à 99 % pour la pose de drain transtympanique.

Des taux potentiels très élevés, compris entre 90 % et 100 %, avaient été calculés pour la pose de drains transtympaniques, les cures de phimosis, la décompression du nerf médian au canal carpien, l'amygdalectomie ou adénoïdectomie, la chirurgie du strabisme et la cataracte. Par ailleurs, un écart très important entre le potentiel de développement et la pratique était observé pour de nombreux actes (chirurgie du strabisme 14 % avec un potentiel à 92 à 96 %, cataracte 27 % avec un potentiel de 77 à 91 %, chirurgie du testicule 32 % avec un potentiel de 81 à 84 %, arthroscopie du genou 24 % avec un potentiel à 72 à 75 %, chirurgie des varices 15 % avec un potentiel à 65 à 68 %, chirurgie nasale 9 % avec un potentiel à 52 à 55 %, chirurgie du sein 9 % avec un potentiel de 41 à 43 %).

Dans l'étude de l'Assurance maladie, les taux plafond variaient également fortement, de 64,8 % pour la chirurgie du strabisme à 95,7 % pour l'adénoïdectomie et/ou amygdalectomie.

L'analyse avait permis de distinguer quatre groupes ayant des potentiels de développement variable. Pour certains gestes, le taux de chirurgie ambulatoire apparaissait très inférieur (de 30 points de pourcentage et plus) au taux plafond : chirurgie ORL nasale, chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur, cœlioscopie gynécologique, cure de hernie unilatérale ouverte de l'adulte et de hernie sous cœlioscopie.

3.5 Autorisation

En France, l'activité de chirurgie ambulatoire est soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être, selon l'article L. 6122-3 du Code de la santé publique, un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale.

Différentes décisions juridictionnelles ont néanmoins considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins avec hébergement sous forme ambulatoire lui conférait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité.

3.6 Modèles organisationnels

L'architecture est une traduction du choix organisationnel. Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement décrits dans la littérature, soit :

- **les structures intégrées** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires. Il s'agit du modèle le plus ancien et largement prédominant en France ;
- **les structures de fonctionnement autonome** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel ;
- **les structures satellites** possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire, et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement ;
- **les structures indépendantes** (*free standing centers*) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, totalement détachée d'un établissement de soins classiques. Ces structures indépendantes, hors établissement de santé avec hébergement, n'existent aujourd'hui en France que dans le cas où leurs créations résultent d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement tout en gardant leur entité juridique.

La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. L'article D. 6124-301 du Code de la santé publique précise néanmoins que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

L'articulation avec la zone opératoire est définie dans l'article D. 6124-302 du Code de la santé publique et l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Celle-ci doit notamment pouvoir disposer de moyens propres pour faire face aux risques encourus par le patient.

3.7 Personnel

Le personnel nécessaire au fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire est défini dans l'article D. 6124-303 du Code de la santé publique qui impose la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents et, en sus, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Le nombre et la qualification des personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les structures de chirurgie ambulatoire sont appréciés par le directeur général de l'Agence régionale de santé en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients (article D. 6124-308 du Code de la santé publique).

À l'échelle internationale, les normes concernant le personnel, quand elles existent, sont variables.

Rôle du médecin coordonnateur

En France, la fonction de coordonnateur est attribuée à un **médecin coordonnateur**. Celui-ci doit être identifié dans chaque unité de chirurgie ambulatoire, et sa fonction est définie réglementairement dans l'article D. 6124-308 du Code de la santé publique. **Il organise le fonctionnement médical de l'établissement** et veille, notamment, à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients ainsi que la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.

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

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

3.8 Information délivrée au patient

Le patient est **l'acteur majeur** de sa prise en charge ambulatoire. Les sociétés savantes internationales et françaises recommandent de délivrer l'information au patient précocement et de façon réitérée, à chaque étape de sa prise en charge. Certaines sociétés savantes proposent de la compléter par un support écrit ou audiovisuel.

L'information à délivrer concerne les mesures à prendre en préopératoire (notamment le jeûne, la gestion des traitements et les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie) et en postopératoire (conditions de sortie, nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge, méthodes d'analgésie postopératoires, modes de recours en cas d'événements non prévus). Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants, et certaines sociétés savantes recommandent de les inscrire dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire.

La signature d'un consentement éclairé permet d'impliquer le patient, mais n'engage pas la responsabilité juridique du patient. Dans tous les cas, il est souhaitable d'assurer la traçabilité de l'information délivrée.

En France, **la consultation préanesthésique**, réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur impliqué dans la structure ambulatoire, est un impératif réglementaire et est un des moments privilégié pour informer le patient.

3.9 Étapes clés avant l'hospitalisation

Une des clés de la réussite d'une intervention en ambulatoire est la préparation en amont par l'ensemble des professionnels de santé de la venue du patient. Celle-ci a lieu à des étapes précises et prédéfinies. Plusieurs sociétés savantes internationales recommandent qu'elles soient consignées dans un règlement intérieur à la charge du coordonateur.

La première étape est la détermination de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. Réalisée au cas par cas, cette étape fondamentale consiste en une analyse

de la balance bénéfice/risque pour le patient, en fonction de la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. Le patient peut d'ores et déjà être associé à la décision et informé.

Lorsque la décision d'opérer en mode ambulatoire est prise, **les sociétés savantes recommandent d'attribuer une date et une heure spécifique au patient, et de programmer l'intervention**. La programmation des interventions permet de faire arriver les patients de façon échelonnée, de désengorger les flux et de minimiser les temps d'attente. Un système informatique adapté peut être un outil utile à la programmation.

L'étape de vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et de faciliter ainsi le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation par un appel téléphonique permet de réitérer les consignes, de confirmer l'hospitalisation et ses conditions, afin de limiter les annulations et les retards.

3.10 Circuit du patient le jour de son intervention

À partir des données issues des recommandations des sociétés savantes internationales, françaises et dans le respect des obligations issues de la réglementation française, le circuit du patient peut être le suivant. Ce circuit reste traditionnel, mais dissocié dans la mesure du possible de celui de l'hospitalisation classique.

- Arrivé le jour et à l'heure fixés préalablement, **le patient est accueilli** au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Un **enregistrement administratif** est réalisé, et le patient peut commencer à être préparé en vue de son intervention, dans le respect de son intimité.
- Le patient peut ensuite pénétrer dans le **bloc opératoire** où une **préparation anesthésique** sera réalisée si nécessaire.

- **L'intervention** en elle-même dans la salle d'opération ne revêt pas de grande spécificité.
- Après sa sortie de la salle d'opération, le patient est dirigé vers **la salle de soins postinterventionnelle (SSPI)**. Cette étape est obligatoire en France (article D. 6124-98 du Code de la santé publique).
- Les signes de **récupération** constatés, le patient peut être reconduit dans l'unité de chirurgie ambulatoire, sous la surveillance du personnel soignant, pendant toute la période de réhabilitation.
- **Le médecin anesthésiste-réanimateur autorise la sortie du patient** en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention (article D. 6124-101 du Code de la santé publique). Les sociétés savantes recommandent de délivrer cette « aptitude à la rue » dans un espace adapté.
- Chaque patient reçoit avant son départ un **compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie**, défini réglementairement par l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique et **signé par l'un des médecins**, mentionnant les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins et indiquant un numéro d'urgence à joindre.

En définitive, la simplicité, la fluidité, la cohérence du circuit de l'accès à la sortie du patient doivent permettre la bonne maîtrise des flux ambulatoires.

3.11 Continuité des soins

La continuité des soins est nécessaire. En France, dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure (article D. 6124-304 du Code de la santé publique).

Les sociétés savantes recommandent que la coordination dans le cadre de la continuité des soins se fasse également **avec la médecine de ville**. L'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire peut organiser, en amont, en collaboration avec la médecine de ville, le retour au lieu de résidence du patient et le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

La procédure de l'appel du lendemain, recommandée par les sociétés savantes, permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation. Dans tous les cas, la littérature précise que l'organisation mise en place doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical.

3.12 Bénéfice pour les patients

Le bénéfice de la chirurgie ambulatoire pour les patients est classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées, qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe. L'analyse des données de la littérature ne remet pas en cause ce bénéfice à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient.

Le gain en termes de diminution des infections associées aux soins paraît réel puisque :

- l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation ; une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé ;
- le risque d'infections du site opératoire augmente avec le risque de contamination exogène lors des interventions prolongées exposant plus longtemps les tissus. L'utilisation de techniques mini-invasives en chirurgie ambulatoire diminue donc probablement le risque d'infections du site opératoire.

3.13 Risques postopératoires et modalités d'anticipation

► Données de la littérature

Évaluation de la morbi-mortalité majeure

Les données de la littérature ne rapportent que **peu d'événements graves associés** à la réalisation d'une procédure en ambulatoire. Néanmoins, étant rares, leur quantification est difficile. Seules quelques études incluant un nombre important de patients les ont mis en évidence. Les bases de données administratives sont un outil puissant d'identification de ces événements, mais ne suffisent pas à établir de lien direct entre la procédure et l'événement d'une part, et entre l'organisation ambulatoire et l'événement d'autre part. La description insuffisante des modalités d'organisation de la chirurgie ambulatoire, des critères de sélection des patients, de la définition des comorbidités, des modalités de suivi des patients et l'insuffisance d'études comparatives portant sur ces critères entre la prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation classique ou rapportant l'incidence des événements observés à ceux observés dans la population générale, sont des limites majeures à l'évaluation du risque de la chirurgie ambulatoire en termes de mortalité et de morbidité majeure.

Évaluation des événements postopératoires indésirables

Les données de la littérature révèlent une **grande hétérogénéité dans les incidences des événements indésirables** (principalement douleur et vomissements postopératoires) survenant après une chirurgie ambulatoire. Elle peut être expliquée par :

- les types de structures ambulatoires ;
- les différences de méthodes, d'outils et de période de recueil des données ;
- les différences dans les caractéristiques de la population ;
- les types de chirurgie et de techniques anesthésiques.

La survenue d'événements indésirables postopératoires n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire. Néanmoins, dans ce contexte, ils ont un impact sur la structure, son organisation, et sont une des causes de l'échec de l'ambulatoire.

Une connaissance approfondie des facteurs prédictifs de ces effets indésirables permet d'établir des critères d'éligibilité assurant une sécurité maximale et d'améliorer leur prise en charge dans les conditions les plus adaptées.

Évaluation des indicateurs cliniques de qualité

L'évaluation d'indicateurs autres que les taux de mortalité et de morbidité majeure ou mineure apportent un éclairage sur la qualité de la prise en charge en ambulatoire.

Il existe une grande hétérogénéité dans les taux de deux des indicateurs de qualité recommandés par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (taux d'admission non programmée la nuit suivant l'intervention et taux de réadmission non programmée en hospitalisation classique). Ces écarts peuvent s'expliquer par la variabilité des structures ambulatoires, des caractéristiques des patients, des types d'interventions chirurgicales et des modalités de suivi. Une identification des causes d'échec de l'ambulatoire permet d'améliorer leur prévention.

► Recommandations des sociétés savantes

Gestion des douleurs postopératoires

La mise en place d'une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire est recommandée, y compris au lieu de résidence. L'évaluation des éléments prédictifs de la douleur postopératoire et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile est réalisée au cours de la consultation spécialisée préopératoire. Les modalités de l'analgésie orale sont alors expliquées au patient, et des ordonnances d'analgésiques peuvent y être remises, en précisant les horaires de prise et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.

Prévention des nausées et vomissements postopératoires

Aucune stratégie spécifique de prévention des nausées et vomissements postopératoires n'est préconisée, en particulier en chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie classique : elle se fonde sur les facteurs de risque, le contexte de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués. Il est possible de rechercher à diminuer le risque de base de nausées et vomissements postopératoires par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire, des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, et une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

Prévention thromboembolique

La prévention thromboembolique s'évalue en prenant en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas systématique.

Conduite automobile

Le patient ne doit pas conduire dans les 24 heures qui suivent une intervention en ambulatoire, et doit être accompagné par un tiers lors du trajet du retour.

Aptitude au retour au lieu de résidence

Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ».

3.14 Satisfaction des patients

► Données de la littérature

Les études observationnelles rapportent des **taux très élevés de satisfaction des patients** lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire. Elles révèlent également qu'une place très importante doit être accordée à l'information, à la communication et aux relations interpersonnelles avec le personnel soignant.

Néanmoins, l'évaluation de la satisfaction nécessite l'utilisation de **questionnaires standardisés** et doit pouvoir prendre en compte les différentes dimensions de la satisfaction. De plus, il n'existe actuellement pas de questionnaire validé pour l'évaluation de la satisfaction de la chirurgie ambulatoire. Ces deux éléments limitent la portée des résultats obtenus.

► Recommandations des sociétés savantes

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

Pour disposer de résultats plus complets et pertinents, l'*International Association for Ambulatory Surgery* recommande d'évaluer tous les aspects des soins qui pourraient influencer la satisfaction, soit :

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

Elle recommande également :

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

3.15 Coût par rapport à la chirurgie classique

L'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire est un postulat souvent évoqué pour justifier son développement. Son coût serait ainsi moindre que celui de la chirurgie classique. En 1997, l'Anaes avait réalisé une revue de la littérature internationale des évaluations économiques sur la chirurgie ambulatoire et identifié treize études publiées entre 1975 et 1996. Les études montraient que la prise en charge ambulatoire mobilisait moins de ressources que la chirurgie classique en termes de coûts directs. En 2007, l'IAAS confirmait ces

résultats en analysant dix-neuf études publiées sur huit types d'interventions² et cinq pays³ entre 1972 et 2003 qui montraient que le coût de la chirurgie ambulatoire était inférieur à la chirurgie classique pour l'hôpital dans des proportions allant de -25 à -68 %. Dans les études, la chirurgie ambulatoire apparaissait donc moins coûteuse que la chirurgie classique pour l'hôpital.

En France, l'étude de l'Assurance maladie de 2001 (PNIR) avait montré, pour cinq interventions sélectionnées, que le coût pour l'Assurance maladie de la chirurgie ambulatoire était inférieur à celui de la chirurgie classique, y compris lorsqu'on intégrait les phases amont et aval de l'hospitalisation. Du point de vue de l'Assurance maladie, les résultats obtenus vont dans le sens d'un **coût moindre de la chirurgie ambulatoire**, mais n'ont pas été validés sur un nombre important d'interventions.

Que ce soit au niveau français ou au niveau international, **les coûts indirects** (arrêt de travail, aidants, transports, etc.) **n'ont été que très rarement évalués**, les coûts tous financeurs (participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire) ne sont pas renseignés dans les études.

3.16 Modalités d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire

Depuis le début des années deux mille, plusieurs dispositifs d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire ont été mis en place :

► Substitution des lits de chirurgie classique par des lits de chirurgie ambulatoire

Entre 1999 et 2003, les établissements souhaitant ouvrir des places en chirurgie ambulatoire devaient s'engager à réduire, dans des proportions variables (d'autant plus importantes que l'établissement avait peu développé la chirurgie ambulatoire), le nombre de lits d'hospitalisation en chirurgie classique. Ce dispositif a été supprimé par

l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003.

► Intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière

Depuis 2004, la plupart des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire. Dans le SROS-PRS 2011-2016, la chirurgie ambulatoire a été classée au rang de priorité nationale et fait partie des dix priorités du programme de gestion du risque. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens État-ARS intègrent une cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire ; cette cible étant à décliner sur l'ensemble des établissements.

► Mise sous accord préalable de l'Assurance maladie

À partir de 2008, l'Assurance maladie a conditionné la réalisation de cinq gestes chirurgicaux en hospitalisation classique à une mise sous accord préalable. Cette liste a été étendue à dix-sept gestes en 2009. En pratique, lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'assurance maladie.

► Incitations tarifaires


La tarification à l'activité prévoyait initialement des tarifs différenciés pour la prise en charge en hospitalisation classique et en ambulatoire : le tarif de l'ambulatoire étant plus bas. Il n'y avait donc pas d'incitation tarifaire à développer la chirurgie ambulatoire.

Plusieurs mesures tarifaires ont donc été mises en place :

- dès 2007, afin de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, un tarif unique a été instauré en 2009 pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique). Le rapprochement tarifaire été ensuite étendu à dix-huit « couples » jusqu'en 2011 puis trente-neuf couples en 2012 ;

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

3. Belgique, Canada, États-Unis, Grande-Bretagne, Portugal.

- 
- pour les autres séjours (hors couples à tarification unique), jusqu'en 2010, les séjours en dessous de la borne basse de durée de séjour étaient financés à 50 % seulement du tarif du GHM. Ce dispositif a été supprimé au profit d'un socle de financement fixé à au moins 66 % du tarif du niveau 1 de sévérité ;
 - en 2012, la borne basse a été supprimée pour 16 GHM dans le secteur public ou privé non lucratif et 11 GHM dans le secteur privé lucratif. Cette suppression entraîne donc une revalorisation du tarif en ambulatoire qui devient de fait rémunéré au même niveau que celui de la chirurgie classique. Encore

relativement peu d'actes de cette catégorie sont réalisés en ambulatoire ; il s'agit généralement de pratiques innovantes en chirurgie ambulatoire ;

- il a été constaté que les tarifs de la chirurgie ambulatoire étaient parfois inférieurs au coût de l'Échelle nationale de coûts commune (ENCC), ce qui engendrait potentiellement des marges négatives pour l'établissement. Certains tarifs de chirurgie ambulatoire ont donc été revus à la hausse en 2011 et 2012, afin de fixer le tarif au niveau du coût ajusté du GHM.

4. PERSPECTIVES

Afin d'améliorer le développement de la chirurgie ambulatoire, plusieurs pistes ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'ANAP et de la HAS :

d'un point de vue clinique ; la reconsidération des critères de sélection des patients, à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques ;

d'un point de vue organisationnel ; l'approche « terrain » visant à proposer des solutions au plus près des problématiques de l'établissement par :

- l'analyse du risque organisationnel de cinq établissements de santé,
- l'étude *benchmark* de quinze établissements de santé pionniers en chirurgie ambulatoire,
- l'accompagnement de vingt établissements de santé et de trois ou quatre ARS,
- la production d'outils ayant pour but de mettre à disposition des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des checklists adaptées ;

d'un point de vue économique ; la mise à disposition des établissements hospitaliers **d'outils** leur permettant de mieux connaître leurs coûts réels, de manière à ce

qu'ils soient en mesure de savoir à quelles conditions le développement de la chirurgie ambulatoire leur permet d'atteindre *a minima* l'équilibre financier charges = produits.

L'analyse de toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires appliquées à l'étranger. Par ailleurs, un des freins au développement de la chirurgie ambulatoire pourrait venir des restes à charge ou des coûts que les patients ou leur famille ont à supporter. Il conviendrait donc de développer des études ou d'interroger les bases de données de l'assurance maladie pour documenter ces aspects.

L'ensemble de ces travaux contribuera à l'établissement d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ».

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

Annexe 1. Participants

► Équipe

Ce rapport a été réalisé par :

Mme Cécile MIGNOT et Mme Aurélie GAREL PACULL, chefs de projet au Service évaluation des actes professionnels sous la responsabilité de Mme Michèle MORIN-SURROCA, adjointe au chef de service, et de Mme Sun-Hae LEE-ROBIN, chef de service.

Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique sous la responsabilité de M. Olivier SCEMAMA, adjoint au chef de service, et de Mme Catherine RUMEAU PICHON, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme Frédérique PAGES, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mmes Louise TUIL et Suzie DALOUR.

M. Gilles BONTEMPS, directeur associé, M. Christian ESPAGNO et M. Jamel MAHCER, managers à l'ANAP ont contribué à la relecture de la version provisoire du rapport et à l'identification de certains documents.

M. Eric DARVOY, sous la coordination de Mme Annie CHEVALLIER (SDIP - HAS) a conçu et appliqué la charte graphique commune HAS-ANAP à ce document selon les directives conjointes des équipes de communication de la HAS et de l'ANAP.

► Les sociétés savantes suivantes ont été sollicitées pour la relecture de la version provisoire du document

Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

Académie nationale de chirurgie (ANC).

Conseil national de la chirurgie (CNC).

► Les institutions suivantes ont contribué à la relecture de la version provisoire du document

Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Annexe 2. Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Analyse de la littérature, interrogation de bases de données
Date de mise en ligne	Avril 2012
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Réaliser un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers, gestionnaires d'établissements de santé, institutions, grand public
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	Haute Autorité de Santé (HAS) ; Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Participants	Sociétés savantes, institutions
Recherche documentaire	De janvier 2000 à mars 2012 : 8 797 références identifiés ; 953 retenues ; 198 analysées
Auteurs de l'argumentaire	Cécile MIGNOT et Aurélie GAREL PACULL (HAS, service évaluation des actes professionnels) Isabelle HIRTZLIN (HAS, service évaluation économique et santé publique)
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique le 14 février 2012 Validation par de le Comité de publication de l'ANAP le 28 mars 2012 Validation par le Collège de la HAS le 5 avril 2012
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiche de synthèse Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Aucun document d'accompagnement



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Avril 2012