
Septembre/octobre 2016

**Audit sur les pratiques de coordination des
établissements de santé publics et privés bretons
sur le retour à domicile du patient en chirurgie
ambulatoire**

Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux de
Bretagne (URPS MLB)

Lucil-Atumma MODEBELU
Stagiaire EHESP

Sommaire

Remerciements.....	3
Liste des sigles utilisés	4
Introduction	5
I- Etat des lieux sur les pratiques de coordination existantes	7
1.1 Cadrage, méthodologie et finalité du projet d'audit.....	7
1.2 La perception qu'ont les acteurs des établissements de santé de la coordination ville-hôpital en CA	9
1.3 Les différents degrés de coordination qui existent entre les professionnels d'établissement et de ville	10
II- Perspectives sur l'évolution des pratiques de coordination	15
2.1 Les difficultés exprimées par les professionnels de santé en établissement.....	15
2.2 Les attentes des professionnels d'établissement envers les libéraux	16
2.3 Les pistes de réflexion pour l'URPS MLB qui peuvent se dégager de l'étude après interprétation des résultats.....	17
Conclusion.....	20
Bibliographie	21
Annexe 1 – Grille d'audit.....	I
Annexe 2 – Calendrier de la mission	v
Annexe 3 – Caractéristiques des établissements du panel.....	VI

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements aux membres de l'équipe projet :

*Olivia BRIANTAIS, Directrice de l'URPS MLB,
Dr Hubert Le HETET, Anesthésiste-réanimateur, collègue 2 à l'URPS MLB, maître de stage,
Romain GAILLARD, Chargé de mission à l'URPS MLB, et
Michel LOUAZEL, Enseignant-chercheur à l'EHESP – Institut du management*

*Je remercie également l'ensemble des établissements de santé ayant répondu
favorablement à mes sollicitations et aux professionnels de santé ayant donné de leur temps
pour me recevoir et répondre à mes questions.*

Liste des sigles utilisés

ACO : Anticoagulants oraux

AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

CA : Chirurgie ambulatoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

CRO : Compte rendu opératoire

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé

MG : Médecin généraliste

MK : Masseur-kinésithérapeute

MT : Médecin traitant

Pdm : Part de marché

PRADO : Programme d'accompagnement de retour à domicile après hospitalisation

PTH : Prothèse totale de hanche

RAAC : Récupération améliorée après chirurgie

REP : Résection endoscopique de prostate

RSA : Résumé standardisé de sortie

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

URPS MLB : Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux de Bretagne

Introduction

La chirurgie ambulatoire (CA), ou chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Selon la définition donnée par la Conférence de consensus de mars 1993 elle recouvre « l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son hospitalisation ».

Les premières expériences de CA sont tentées aux Etats-Unis dès le milieu du XIX^{ème} siècle. La CA connaît un rapide et véritable essor dès les années 60-70 avec la mise en place des premiers programmes officiels de chirurgie ambulatoire dans des centres hospitaliers américains. En France, il faudra attendre la loi dite Evin du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour que la CA bénéficie d'une officialisation législative et réglementaire et soit ainsi véritablement reconnue comme une alternative à l'hospitalisation complète¹. Elle constitue aujourd'hui un des enjeux majeur de la politique nationale de santé.

A ce titre, les objectifs fixés dans le cadre du programme national de développement de la CA 2015-2020² s'inscrivent dans le contexte d'une volonté politique forte qui est celle d'encourager le « virage ambulatoire », axe de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016. Dans cette optique, la coordination entre les professionnels de santé exerçant en établissement et les professionnels exerçant en cabinet de ville constitue une composante importante dans l'organisation du retour à domicile en sortie de CA afin d'assurer la qualité des prises en charge, la gestion des risques et la sécurisation des chemins cliniques.

Au-delà d'une simple « hospitalisation raccourcie », la chirurgie ambulatoire est un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique centré sur la prise en charge du patient³ ce qui dès lors en fait une démarche nécessairement pluriprofessionnelle et multisectorielle.

Pour le système de santé, les établissements hospitaliers et leurs professionnels, la CA présente de multiples avantages : économiques et financiers (diminution de la durée moyenne de séjour, optimisation de l'utilisation des plateaux techniques...), amélioration des techniques

1 FHP, « Le développement de la chirurgie ambulatoire en France », janvier 2008

2 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 pose le principe d'atteindre un taux global national de CA de 66,2% à l'horizon 2020. Pour information la région Bretagne affiche à ce jour un taux régional global en CA de 54,4%.

3 CREDES, « La chirurgie ambulatoire, bilan et perspectives », novembre 1997, p. 7 et s.

chirurgicales (techniques mini-invasives, essor continu des techniques endoscopiques, amélioration croissante des techniques anesthésiques), meilleure organisation des conditions de travail⁴. Pour le patient, elle permet de favoriser le maintien dans son milieu naturel grâce à un retour rapide au domicile, d'accroître l'accessibilité des services chirurgicaux à certains types de profils, de lui assurer une prise en charge de qualité (diminution du risque de contracter une infection nosocomiale du fait de la brièveté du séjour par exemple), de le responsabiliser notamment en encourageant sa participation active dans le bon déroulement de sa prise en charge.

Tous les établissements interrogés au cours de cette étude ont adopté une démarche de CA dont le stade est avancé voire mature (UCA, bloc opératoire dédié à la CA ou commun avec la chirurgie conventionnelle, identification des espaces, projets de rénovation, restructuration, extension ou création d'espaces et unités dédiés à la CA, projet de diversification des actes chirurgicaux pratiqués en CA...).

Cette étude sur les pratiques de coordination des établissements de santé sur le retour à domicile du patient en CA s'inscrit dans une démarche, pour l'URPS MLB, d'établir et de proposer une modèle pertinent de coordination ville/hôpital en chirurgie ambulatoire auprès de l'ARS de Bretagne.

⁴ FHP, « Le développement de la chirurgie ambulatoire en France », janvier 2008, p. 3

I- Etat des lieux sur les pratiques de coordination existantes

1.1 Cadrage, méthodologie et finalité du projet d'audit

Un projet d'audit, commandé par le collège 2 de l'URPS MLB⁵...

Le projet vise à établir un état des lieux sur les pratiques de coordination des établissements de santé publics et privés avec les professionnels de santé libéraux exerçant en ville afin d'assurer la continuité de prise en charge lors du retour à domicile des patients en CA.

Un échantillon de 10 établissements de santé publics et privés bretons a été constitué. Ils ont été retenus par référence à leurs critères de performance en chirurgie ambulatoire édités par l'ANAP en veillant à choisir des établissements dans chaque département et territoire de santé pour augmenter la représentativité de l'échantillon.

- **8 établissements de santé** (3 établissements publics et 5 établissements privés) ont répondu favorablement à l'appel.
- Une série de **11 entretiens** physiques et téléphoniques, basés sur une grille d'audit ([Annexe 1](#)) élaborée au préalable, a été réalisée
- **18 professionnels de santé médicaux et paramédicaux d'établissement⁶** ont été interrogés ainsi que 2 directeurs.

En première intention, le sujet de l'audit se borne à l'étude des pratiques de coordination dans le seul domaine de la CA notamment en raison du calendrier relativement contraint de la mission ([Annexe 2](#)). Cependant, au fil des entretiens, ont aussi été évoquées de façon naturelle les pratiques de coordination dans le cadre de la Récupération Améliorée (ou rapide) Après Chirurgie⁷ (RAAC). La plupart des professionnels ont trouvé que le besoin de

⁵ Les membres de l'URPS élus par les médecins libéraux en activité dans la région sont répartis au sein de 3 collèges : collège 1 des médecins généralistes, collège 2 des chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens et collège 3 regroupant les autres médecins spécialistes

⁶ 12 IDE référente ou responsable d'unité/IDEC/cadre de santé/cadre supérieur de santé, 3 anesthésistes et 3 chirurgiens

⁷ La RAAC est une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures après une intervention chirurgicale lourde. De façon globale, ses avantages sont celui de diminuer la durée de séjour du patient en hospitalisation complète par une sortie anticipée de ce dernier couplée au bénéfice d'un rétablissement post-opératoire rapide. Ces programmes peuvent constituer une étape intermédiaire vers les prises en charges ambulatoire nécessitant une sécurisation du chemin clinique.

coordination ville/hôpital était tout aussi nécessaire, voire plus, dans le cadre de la mise en place des programmes de RAAC notamment en chirurgie orthopédique et digestive. En effet, la réussite d'un programme de RAAC suppose d'établir au préalable une étroite collaboration entre l'équipe des professionnels d'établissement, le médecin traitant (MT) et les professionnels de ville⁸ unis dans un réseau de soins visible et munis d'un coordonnateur référent.

→ *Par ailleurs, pour des questions de droit de communication, les établissements sont anonymisés et désignés par les lettres A, B, C, D, E, F, G et H. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau en [Annexe 3](#).*

...pour alimenter la réflexion de l'URPS et proposer un modèle d'organisation pertinent

Les conclusions de l'étude ont vocation à aider la réflexion sur la mise en place d'une organisation pertinente des professionnels libéraux dans le cadre d'un exercice coordonné ayant notamment pour objectif d'améliorer la visibilité et les compétences des équipes de soins primaires sur le territoire, de favoriser l'écriture conjointe des protocoles de prise en charge en CA avec les professionnels de santé des établissements et de définir un mode de financement adapté des libéraux pour les actes qu'ils réalisent dans la prise en charge du patient à domicile.

Les différences public/privé que l'étude révèle

Sur le thème de la CA, il existe entre le public et le privé des différences d'ordre organisationnel et stratégique. En effet, le privé présente un taux de CA entre 1,6 à 2,6 fois plus élevé que le public (cf. [Annexe 3](#)). Ce constat concorde avec le fait que les établissements privés interrogés ont tous investi dans le développement de la CA depuis plus longtemps que les établissements publics ; cela constitue pour eux un axe stratégique fort de la politique d'établissement depuis plusieurs années ce qui leur confère une avance notable par rapport au secteur public en termes de moyens, de ressources, de taux et de maturation de leur activité de CA.

Les similitudes public/privé

Tous les établissements de santé interrogés ont des projets relatifs au développement des actes et techniques innovants en CA (réaliser les PTH en ambulatoire pour B), à des opérations architecturales de restructuration des unités, à la mise en place de concepts

⁸ Equipe pluridisciplinaire : chirurgien, anesthésiste, médecin traitant, gériatre, IDE hospitalière et de ville, MK, pharmaciens mais aussi assistant social, psychologue...

innovants (H souhaite d'ici à deux ans mettre en place le concept de *fast track*⁹ en CA) ou à la mise en place de programmes de RAAC nécessitant une coordination avec les réseaux de professionnels libéraux (comme le projet GRAAP¹⁰ de B). A noter, certains établissements voient dans la démarche RAAC, une étape intermédiaire dans le cadre de laquelle un acte chirurgical est réalisé en hospitalisation conventionnelle avant de l'être en CA.

1.2 La perception qu'ont les acteurs des établissements de santé de la coordination ville-hôpital en CA

Les différences public/privé

Le privé a globalement une idée plus vague de ce qu'est la coordination ville/hôpital en théorie mais en a une pratique plus aboutie, dans les faits, que le public. Cela s'explique en partie par le statut du personnel médical exerçant en clinique privée. Les personnels médicaux y sont des libéraux et ont pour ainsi dire déjà un « pied » en ville. A l'inverse, les établissements publics ont une très bonne connaissance des enjeux de la coordination ville/hôpital et sont désireux de la développer. Dans les faits leur degré de coordination avec la ville est plus faiblement établi que dans le privé. Cela est notamment dû, selon certains praticiens hospitaliers, à un fonctionnement institutionnel encore trop cloisonné à l'hôpital ce qui signifie également que les marges de progression sont grandes.

Les avantages que représente la coordination ville/hôpital pour les acteurs hospitaliers

Aucun des professionnels de santé interrogés ne ressentait ni n'identifiaient un véritable besoin de coordination avec la ville en CA principalement parce que les actes chirurgicaux pratiqués actuellement sont simples et ne nécessitent pas ou très peu de soins de suite à domicile. Cette opinion change lorsqu'ils évoquent l'évolution des prises en charge en CA vers des actes plus lourds (cf. [supra 2.2](#)). Si un besoin de coordination n'est pas identifié en tant que tel, tous reconnaissent des avantages à disposer d'un réseau ville/hôpital performant qui permettrait de : augmenter l'adressage des patients du MT à l'établissement et donc de

⁹ Le principe du fast-tracking (terme utilisé dans les services de chirurgie anglo-saxons) est d'optimiser le séjour chirurgical d'un patient dans la structure en le limitant au strict indispensable et de faire correspondre les besoins de prise en charge aux moyens utilisés en réévaluant finement le chemin clinique d'un patient selon sa pathologie. Les services peuvent avoir tendance à traiter de la même manière les patients relevant de la même spécialité alors qu'ils présentent des pathologies différentes et pour lesquelles le temps de prise en charge peut être très inégal (dans un cas il est long, dans l'autre il est beaucoup plus court).

¹⁰ Une praticienne évoque le projet de réhabilitation rapide sur les colectomies, après chirurgie du côlon. La mise en œuvre du programme devra nécessiter, selon elle, la mobilisation de partenaires extérieurs comme les réseaux d'IDE libérales et les médecins traitants.

recruter plus de patients, développer l'activité de CA, faire des chirurgies plus complexes nécessitant des soins à domicile à J+1/J+2, désengorger les services d'HC (assurer le suivi des traitements d'ACO à domicile en chirurgie orthopédique et digestive pour A), améliorer la qualité de prise en charge par le perfectionnement des pratiques (grâce à la connaissance réciproque des attentes et pratiques des professionnels hospitaliers et de ville, retours d'expérience)¹¹, améliorer les techniques comme la baisse des EVA.

1.3 Les différents degrés de coordination qui existent entre les professionnels d'établissement et de ville

Selon les 6 étapes clés définies par l'ANAP et la HAS en 2013¹² dans la prise en charge des patients en CA, la majorité des professionnels situe le besoin de coordination avec les libéraux surtout dans les étapes 5 /6 ainsi qu'en amont ou lors de la consultation de 1^{ère} intention.

Nature, caractéristiques et supports des informations échangées entre professionnels

Les informations échangées entre les établissements et les professionnels de ville pour la prise en charge du patient en CA sont de nature médicale, paramédicale, pharmaceutique et biologique et recouvrent l'ensemble des soins prodigués au patient durant son hospitalisation. Les professionnels veillent à ce que ces informations « suivent le patient », à ce qu'il en soit le plus souvent le vecteur. Plusieurs supports existent pour le portage de l'information.

11 Ex. : Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de son « réseau ambulatoire », F a connu une amélioration de la pertinence des prescriptions et ordonnances en sortie d'hospitalisation. Par des rencontres et un échange des pratiques réguliers avec les libéraux, F affiche entre autres une meilleure prise en charge de la douleur à domicile

12 1) Eligibilité du patient, 2) Organisation de la prise en charge du patient éligible, 3) Actions à mener la veille ou l'avant-veille de la prise en charge, 4) La prise en charge du patient à J0, 5) Le suivi immédiat après la sortie à J+1, 6) Le suivi à distance de la sortie

Passeport ¹³ ambulatoire	Téléphone	Vidéo	Dossier de coordination	Autres support
14				
Tous les établissements possèdent un C, E ont des passeports ambulatoires spécialement pour la prise en charge des enfants	-Pour l'appel du lendemain (sms du lendemain pour B. La réponse du patient au sms est renvoyée à l'hôpital sur messagerie sécurisée. Pour F, consultation du lendemain (cf. p.13)) -Certains chirurgiens utilisent le téléphone pour se coordonner avec leurs pairs exerçant en ville de façon informelle	C, H : vidéo à destination des IDE libérales sur les soins post-interventionnels à réaliser à domicile	F	PAPRICA ¹⁵ pour B, C, F et H

Outils institutionnels qui favorisent l'information des patients et des libéraux

Certains établissements tiennent à jour les coordonnées des libéraux de leur territoire pour eux-mêmes et pour faciliter l'information du patient. Certains mènent aussi des actions de communication destinées aux professionnels de ville.

➔ Recensement des professionnels libéraux du territoire

- Annuaire des médecins libéraux du territoire (A)
- Liste des MK ayant une compétence en Kiné respiratoire (G)

¹³ Il est remis au patient et contient, entre autres, les documents relatifs à la sortie du patient tels que la lettre pour le MT, le CRO, les ordonnances, les consignes post-opératoires, parfois les informations à destination des professionnels libéraux

¹⁴ Dans le cadre de son « réseau ambulatoire d'établissement », F a mis en place un dossier de liaison médical et un dossier de liaison paramédical contenant une fiche « consultation du lendemain » à remplir par le MT le lendemain de l'intervention et à renvoyer à la clinique, une fiche « visite de l'infirmière libérale » à remplir par l'IDE et à renvoyer à la clinique, un questionnaire de suivi du patient en ambulatoire à remplir par le patient et à renvoyer à la clinique, une fiche liaison à remplir par le chirurgien, l'anesthésiste et l'IDE sur l'intervention, l'évaluation de la douleur, les traitements antérieurs arrêtés pour l'intervention, ceux qui ont été administrés et à prendre à la sortie ainsi que des fiches techniques à destination de l'IDE libérale en fonction de l'intervention subie. Le taux de retour des questionnaires à la clinique est compris entre 75 et 80 %

¹⁵ Plate-forme d'appui de premier recours pour les interventions en CA : Expérimentation portée par l'URPS Infirmiers libéraux (en co-partenariat avec l'URPS MLB) et l'ARS Bretagne sur 5 établissements bretons et sur certains gestes marqueurs innovants en CA. La plateforme sera rendue officielle en novembre 2016. Principe : Les établissements de santé sont les porteurs de la plateforme qui contient trois espaces (patients, professionnels de premier recours, établissement de santé) à partir de laquelle peuvent être générées des fiches d'information patient et professionnels de premier recours. Chacun des 3 espaces est accessible par les personnes visées grâce à un code d'accès spécifique. Les établissements peuvent y publier des vidéos d'information et questionnaires à destination des libéraux, mais aussi des patients, intervenant au domicile après l'intervention chirurgicale. Le retour d'information de la ville vers l'hôpital est assuré. La plate-forme peut générer des statistiques en fonction de l'acte chirurgical, de la période d'étude, du chirurgien. Ces dernières sont traitées en fonction de 10 items tels que la douleur, la cicatrisation et autres relatifs aux suites post-opératoires.

- Liste des MK fabriquant les orthèses pour la chirurgie de la main pour A, dans le cadre de ce que A appelle le « réseau de la main »

➔ **Communication**

- Magazines ou livret d'accueil, diffusés aux libéraux du territoire sur les nouveautés et évolutions de l'établissement (A et C)

Les actions engagées pour améliorer les pratiques, développer la formation, l'information et la coordination

	<i>Réunions d'information</i>	<i>Réunions de coordination</i>	<i>Sessions de formation</i>
A	-	En projet → réfléchir avec l'ensemble des acteurs à des solutions informatiques facilitant le suivi à domicile et les contacts entre l'hôpital, les libéraux et le patient à domicile	En projet → écrire les protocoles de soins post-interventionnels en association avec les libéraux pour la CA innovante
C	Réunions en soirée avec les MG sur la CA	En projet → réflexion en partenariat avec les libéraux pour identifier un réseau et prise en charge pertinents sur la chirurgie de l'épaule en ambulatoire	Session de formation des IDE libérales au retrait des crins de Florence
D	Rencontres avec les libéraux organisées par SANOFI pour échanger sur les actes de CA	En projet → réunion en interprofessionnel pour la mise en place d'un projet RAAC pour la PTH	-
E	« Jeudis de l'information » : échange autour de la CA avec médecins et IDE libéraux « Journées armoricaines » : échange avec les libéraux et laboratoires sur les techniques nouvelles	Réunion avec les IDE libérales pour élaborer une fiche de liaison ville-hôpital pour l'organisation de la prise en charge des hernies ¹⁶ en CA	-
F	-	Réunions avec les URPS IDE et ML pour la mise en place d'un réseau ambulatoire (2005) et annuellement depuis lors pour le suivi et l'évaluation du réseau	Formation des IDE libérales sur le retrait de la sonde pour les REP laser

¹⁶ Notamment pour veiller à harmoniser les professionnels libéraux et des établissements sur la bonne compréhension des ordonnances, sur ce qui a été exactement fait en intervention et les médicaments administrés à l'hôpital

➔ **Les réseaux informels**

- D et G établissent des liens « naturels » avec les professionnels de ville car certains de leurs praticiens exercent aussi dans des structures de soins coordonnées¹⁷ ou font partie de réseaux de santé¹⁸.
- Certains chirurgiens mobilisent leur propre réseau personnel pour échanger et se coordonner avec les libéraux intervenant auprès du patient

➔ **Les réseaux établis**

- Recours à PRADO notamment pour la CA en orthopédie (pour D notamment)
- Recours à des prestataires (pour B, C, D, G, H) de coordination de deux types :
 - Coordonnateur et effecteur de soins (disposent de leur propre équipe de professionnels libéraux) comme *Coordination Bretagne santé*, *Studiosanté®*
 - Coordonnateur et non effecteur de soins. Ils se chargent d'organiser les modalités du retour à domicile avec les professionnels libéraux du patient comme *Vivaltodom*
- Réseau ambulatoire d'établissement pour F. F a construit un réseau ambulatoire au sein de son établissement en partenariat avec l'URPS Médecins libéraux qui fonctionne depuis 2005. Sur la totalité des patients qu'ils reçoivent chaque année en CA, un certain nombre, en fonction de critères liés à la complexité de la prise en charge, (environ 550 séjours sur 14000) entre dans le dispositif du réseau ambulatoire (cf. [*supra 1.3*](#)). Une consultation du lendemain est mise en place avec le médecin traitant, les IDE libérales sont formées et informées sur les soins de suite et un retour d'information des libéraux et du patient à la clinique est systématisé après chaque séjour du réseau ambulatoire. Le taux de retour aux questionnaires avoisine les 80%, ce qui permet à la clinique d'améliorer la qualité et la pertinence de ses prises en charge.

Plus rare, sont les établissements faisant appel à une prise en charge HAD pour le retour à domicile comme D dans certains cas complexes d'annexectomies et comme G pour les patients qui relevaient déjà d'une prise en charge en HAD avant de subir une intervention en CA. Une cadre de santé nuance cette pratique. Elle pense que les prises en charge en HAD

¹⁷ Exemple du pôle de santé du Faou

¹⁸ Exemple d'un réseau diabète : Un praticien précise que son implication dans le réseau permet un meilleur adressage des patients à la clinique pour la prise en charge des rétinopathies diabétiques en CA par exemple
URPS MLB – Etude sur les pratiques de coordination ville-hôpital en chirurgie ambulatoire – 2016- 13

et en CA sont distinctes l'une de l'autre et qu'un patient éligible en HAD n'est pas éligible en CA et vice-versa. A ce propos, l'AFCA résume les principaux objectifs de la chirurgie ambulatoire en rappelant que lors du retour à domicile, il ne s'agit pas de « refaire l'hôpital à la maison »¹⁹

19 Voir le site internet de l'AFCA, <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/>

II- Perspectives sur l'évolution des pratiques de coordination

2.1 Les difficultés exprimées par les professionnels de santé en établissement

La situation sociale et médico-sociale du patient qui fait parfois obstacle à son éligibilité à la CA

Les professionnels de A se posent la question de comment résoudre la problématique de l'isolement du patient lorsqu'il est candidat à la CA. Plusieurs autres établissements ont également évoqué cette situation. C reconnaît que si le patient est réellement isolé, alors qu'il remplit tous les autres critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques pour être éligible à la CA, il devra quand même basculer vers l'hospitalisation conventionnelle pour l'intervention envisagée car pour certains actes une surveillance la nuit et/ou le lendemain de l'intervention est encore requise. A cette problématique, H y répond en faisant appel à l'association *Carpe Diem*²⁰ dont les frais afférents sont à la charge de l'établissement.

Les injonctions contradictoires

L'ensemble des professionnels en établissement reconnaît la pression générale qui existe au soutien du développement de la CA. Cette pression est ressentie en interne au travers de la politique incitative menée dans les établissements mais aussi en externe au regard de l'activité des autres établissements de leur environnement et d'un certain rapport de concurrence que cela engendre.

Tous les professionnels s'accordent sur le fait que développer les actes innovants et l'activité en CA suppose le renforcement de la coordination avec les professionnels libéraux pour assurer la continuité des soins à domicile et sécuriser le chemin clinique du patient. La qualité de la coordination impacte directement la qualité de l'articulation des prises en charge hospitalières et de ville et donc de leur continuité. En revanche, certains actes pratiqués par les IDE libérales à domicile comme le retrait des sondes dans le cas des REP laser ou encore les simples visites de contrôle des constantes au domicile du patient ne trouvent pas une traduction tarifaire adéquate dans le système de codage des actes. Les IDE ne peuvent donc pas valoriser leur activité et ne sont pas, dans ce cadre, suffisamment reconnues dans leurs

²⁰ C'est un service d'accompagnement spécialisé à domicile. Pour les patients isolés subissant une intervention en CA, H fait appel aux professionnels de *Carpediem* qui assurent le temps d'accompagnement nécessaire du patient à domicile

pratiques. Au-delà, ce hiatus confronte le système de santé aux marges de progression qui existent en termes de cohérence entre les projets de santé et le système tarifaire de rémunération des professionnels. A ce titre, une cadre de santé, par ailleurs directrice d'une structure prestataire de santé à domicile, évoque l'existence d'un mode de financement en expérimentation en Bretagne pour valoriser les visites d'IDE libérales au domicile des patients ayant subi une intervention en cardiologie.

La mobilisation des ressources humaines

Si le succès du développement de la chirurgie ambulatoire et des réseaux de coordination ville/hôpital dépend en grande partie du volontarisme de la direction générale des établissements, la motivation et l'implication des professionnels de santé des établissements sur le terrain est un facteur de réussite incontournable. L'établissement F confirme ce postulat en évoquant le dynamisme, la motivation et l'investissement sans faille du médecin qui a porté le projet de création d'un réseau ambulatoire, avec le soutien de son équipe pour accompagner le changement que cette dynamique implique : deux ingrédients qui ont permis l'implantation du projet de façon pérenne au sein de la structure hospitalière.

D évoque un contexte de communication parfois complexe entre la direction de l'établissement et les médecins ayant pour conséquence une association difficile de ces derniers à la politique et aux projets institutionnels. Les personnels médicaux interrogés et exerçant leur activité à l'hôpital B évoque aussi des difficultés. Alors que les professionnels sont conscients de l'opportunité que représente l'approfondissement de la coordination ville/hôpital, ils évoquent le manque d'énergie et de temps pour s'investir dans le développement de cette démarche de grande ampleur qui implique un engagement collectif en interne et en externe avec les libéraux (médecins, infirmiers, MK, pharmaciens). Pour eux, la priorité est déjà celle de « faire tourner le service » et d'assurer l'activité quotidienne dans les meilleures conditions. Aussi, l'ambiance de travail « plombée » par les postes vacants, les intérimaires et la pénurie de professionnels dans certaines spécialités participe d'une certaine démotivation des professionnels à s'impliquer dans des projets.

2.2 Les attentes des professionnels d'établissement envers les libéraux

Etre sûr que les libéraux sont formés aux pratiques des établissements et pouvoir identifier leurs compétences

Une praticienne confie que plus les opérations sont lourdes et plus il est difficile de confier les patients en dehors de l'hôpital pour les suites de la prise en charge. Cette « inquiétude » s'amplifie dans le cas des actes innovants en CA. C'est la raison pour laquelle les professionnels exerçant en établissement attachent de l'importance à la formation des libéraux

URPS MLB – Etude sur les pratiques de coordination ville-hôpital en chirurgie ambulatoire – 2016- 16

à leurs pratiques hospitalières. Ils veulent que les libéraux disposent d'une bonne connaissance des interventions pratiquées en établissement. Plusieurs prestataires de santé à domicile délivrent d'ailleurs eux-mêmes des formations aux IDE libérales. Sur ce sujet, une cadre de santé interrogée précise que c'est aussi une demande qui émane des professionnels de ville. F a ainsi reçu des IDE libérales qui souhaitaient obtenir des informations et formations sur les techniques nouvelles de CA.

Formaliser la coordination avec les professionnels de ville

Pour C, les échanges avec la ville gagneraient à être plus formalisés. La cadre de santé interrogée souhaiterait que ce relais ville/hôpital fasse l'objet d'une contractualisation. Le protocole représente ici un gage d'efficacité. Aussi, établir une contractualisation permettrait d'officialiser la mobilisation de certains réseaux de professionnels qui restent à ce jour encore informels. Les libéraux engagés dans une telle démarche seraient recensés grâce à la mise en place d'un suivi et d'une traçabilité des échanges. C'est un levier pour faire rentrer dans les *habitus* institutionnels et professionnels l'ouverture de l'hôpital sur le monde ambulatoire et réciproquement.

Un besoin de coordination quand les actes chirurgicaux se complexifieront

Pour tous professionnels du panel, le besoin de coordination grandit à mesure que les actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire s'alourdissent. Aujourd'hui la plupart ont la maîtrise de leur activité de CA, la majorité des actes sont simples et ne requièrent pas beaucoup de soins post-interventionnels à domicile. Lorsque les professionnels abordent la question des actes plus complexes comme les projets de PTH en ambulatoire ou en RAAC, la question de la coordination et plus particulièrement celle de la capacité des libéraux à prendre en charge les soins de suite se pose.

2.3 Les pistes de réflexion pour l'URPS MLB qui peuvent se dégager de l'étude après interprétation des résultats

Rester un partenaire privilégié des établissements

Comme dans le cadre du projet PAPRICA (cf. [infra 1.3](#)), les URPS ont tout intérêt à rester un interlocuteur et un partenaire privilégié des établissements pour faire évoluer les pratiques de coordination et ce dans une démarche volontariste. Cet intérêt est bonifié par le fait que la plupart des professionnels exerçant en établissement sont ouverts à cette collaboration. Plusieurs professionnels, notamment chez A, ont le souhait d'organiser une rencontre avec les représentants des professions libérales.

Se servir du levier des communautés professionnelles de territoire

La LMSS du 26 janvier 2016 crée la possibilité pour les professionnels de santé libéraux de se regrouper en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) composées d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires. Ces communautés ont pour vocation d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels libéraux afin notamment de concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation du projet régional de santé²¹. En soutien à ces professionnels libéraux des fonctions d'appui à la prise en charge des parcours de santé complexes peuvent être organisées dans le cadre de plates-formes territoriales d'appui à la coordination (PTA) des parcours complexes constituées par l'ARS par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé²².

La priorité dans la mise en œuvre de ces PTA, équipes de soins primaires et CPTS est donnée aux initiatives des professionnels de santé visant un retour à domicile. En ce sens, ces outils peuvent constituer un moyen d'augmenter la visibilité, d'une part, des compétences dont disposent les professionnels libéraux, de leur modalités d'organisation en exercice coordonné et, d'autre part, d'accroître leur visibilité dans la structuration territoriale du paysage ambulatoire notamment face aux établissements.

Associer les représentants d'usagers et les acteurs sociaux et médico-sociaux

La chirurgie ambulatoire repose également sur une forte responsabilisation du patient dans le bon déroulement de sa prise en charge. Son information et l'assurance de la bonne compréhension qu'il a des éléments et des caractéristiques relatifs à son séjour hospitalier et à sa prise en charge post-opératoire font parties des éléments essentiels à la sécurisation de son parcours et à une gestion maîtrisée des risques. C'est la raison pour laquelle l'organisation des groupes d'exercice coordonné sur le thème de la CA peut se faire en concertation avec les représentants d'usagers notamment pour les situations de prises en charge complexes.

La loi de santé 2016 prévoit la possibilité d'associer les acteurs sociaux et médico-sociaux dans la constitution des CPTS. L'inclusion des acteurs sociaux et médico-sociaux permet d'apprécier la prise en charge dans sa globalité²³. Ainsi, une coordination des professionnels de santé avec les professionnels du secteur social peut, à titre d'exemple, concourir à résoudre

²¹ Voir article 65 de la LMSS du 26 janvier 2016, art. L. 1434-12 du Code de la santé publique

²² Voir article 74 de la LMSS du 26 janvier 2016, art. L. 6327-1 et s. / Voir le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, art. D. 6327-1 et s. du Code de la santé publique

²³ Pour élargir la réflexion, cf. décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

la problématique des patients isolés et à trouver des solutions pour améliorer l'éligibilité sociale du patient en chirurgie ambulatoire.

Le dispositif ISIPAD de l'ARS et de l'URPS infirmiers libéraux de Hauts-de-France

Dispositif ISIPAD (Intervention Soins Infirmiers Post Ambulatoire à Domicile)

L'URPS Infirmiers libéraux de Picardie s'associe à l'ARS de Picardie, aujourd'hui Hauts-de-France, pour l'expérimentation du dispositif innovant ISIPAD pour l'intervention d'IDE en libéral à domicile le jour même de l'intervention ou à J+1 pour les patients nécessitant un suivi particulier afin d'améliorer la prise en charge de la douleur ou pour effectuer les soins post-opératoires. L'URPS infirmiers libéraux Hauts-de-France est porteuse du projet. L'ARS Hauts-de-France généralise l'expérimentation à tous les établissements de la région en 2014. Dans le principe, l'établissement de santé héberge le dispositif de coordination sur lequel il s'appuie dès lors que la prise en charge d'un patient sortant de CA le nécessite. Les professionnels libéraux, gestionnaire du dispositif, gère la coordination et la mobilisation des ressources sur le territoire pour assurer la continuité de prise en charge.

Conclusion

La coordination ville/hôpital dans le cadre de la chirurgie ambulatoire se fait « naturellement » pour certains, via des prestataires de soins à domicile pour d'autres, par le biais de plate-forme de coordination à destination des libéraux, par l'organisation de réunions d'échanges d'information et de formation entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

Les établissements qui présentent des pratiques et un degré avancés de coordination avec la ville reconnaissent les avantages que cela représente (augmentation de l'activité, meilleure gestion des risques, sécurité du chemin clinique, satisfaction du patient augmentée). Ces établissements sont globalement très volontaristes dans le développement de la coordination ville/établissement de santé qui suppose de penser différemment l'organisation des soins.

S'il l'on devait ne retenir que trois leviers pour développer la coordination, évoqués par les établissements, ce serait : protocoliser les prises en charge et les modalités de coordination, rendre la coordination « visible » par la mise en place d'une structure dédiée à la coordination et organiser la formation et l'échange des pratiques entre les professionnels de santé qui exercent en établissement et ceux exerçant en ville pour le développer les compétences.

En guise d'ouverture, la LMSS du 26 janvier 2016, qui s'inscrit pleinement dans cette volonté d'améliorer l'efficacité et la coordination du parcours de soins, formalise les échanges d'informations nécessaires à la prise en charge et prévoit que les praticiens de ville et les praticiens d'établissement s'échangent ces informations dans le cadre d'une *lettre de liaison*²⁴. Dès le 1^{er} janvier 2017, cette lettre devra être transmise, le jour même de la sortie d'hospitalisation du patient, par le praticien l'ayant pris en charge au médecin traitant ou au praticien adresseur. Elle contiendra entre autres la synthèse médicale du séjour, les éventuels événements indésirables, les traitements administrés, les suites à donner y compris d'ordre médico-social comme les actes prévus, la surveillance ou les recommandations particulières.

²⁴ Contenu et modalités précisés par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Bibliographie

HAS, « Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives », Rapport d'orientation, Juin 2016

HAS, « Grille patient-traceur en chirurgie ambulatoire », Janvier 2015

IGF, IGAS, « Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014

HAS, ANAP, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », rapport d'évaluation technologique, Mai 2014

ANAP, « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », Décembre 2013

ANAP-HAS, « Ensemble pour développer la chirurgie ambulatoire » Recommandations organisationnelles, Mai 2013

FHP, « Le développement de la chirurgie ambulatoire en France », Janvier 2008

CREDES, « La chirurgie ambulatoire, bilan et perspectives », Novembre 1997

Annexe 1 – Grille d’audit

Audit sur les pratiques de coordination des établissements de santé publics et privés bretons sur le retour à domicile des patients en chirurgie ambulatoire (CA)

Introduction

Brève présentation du projet à l’interlocuteur.

Quelles sont les fonctions / rôles / compétences métier précis du professionnel interrogé et son rôle dans la prise en charge du patient en CA ?

1) Cadre de référence de l’audit

La CA est un concept organisationnel qui nécessite une approche par les processus.

Un processus est défini par l’ensemble des **étapes et moyens** qui permettent d’atteindre un objectif.

Pour l’activité de CA, cette approche appliquée sur le terrain permet l’identification de 6 segments comportant chacun des étapes clés (ANAP-HAS 2013) :

- 1) éligibilité du patient
- 2) organisation de la PEC du patient éligible
- 3) actions à mener la veille ou l’avant-veille de la PEC J-1, J-2
- 4) la PEC du patient le jour de l’intervention J0
- 5) suivi immédiat après la sortie J+1
- 6) à distance de la sortie

Les réponses aux questions se baseront et pourront se référer, pour chacune des parties prenantes à l’entretien, sur l’approche processus explicitée ci-dessus afin que chacune d’entre elle soit assurée de parler de la même chose au même moment.

Le questionnaire est, de ce fait, centré autour de la prise en charge et du parcours du patient en CA.

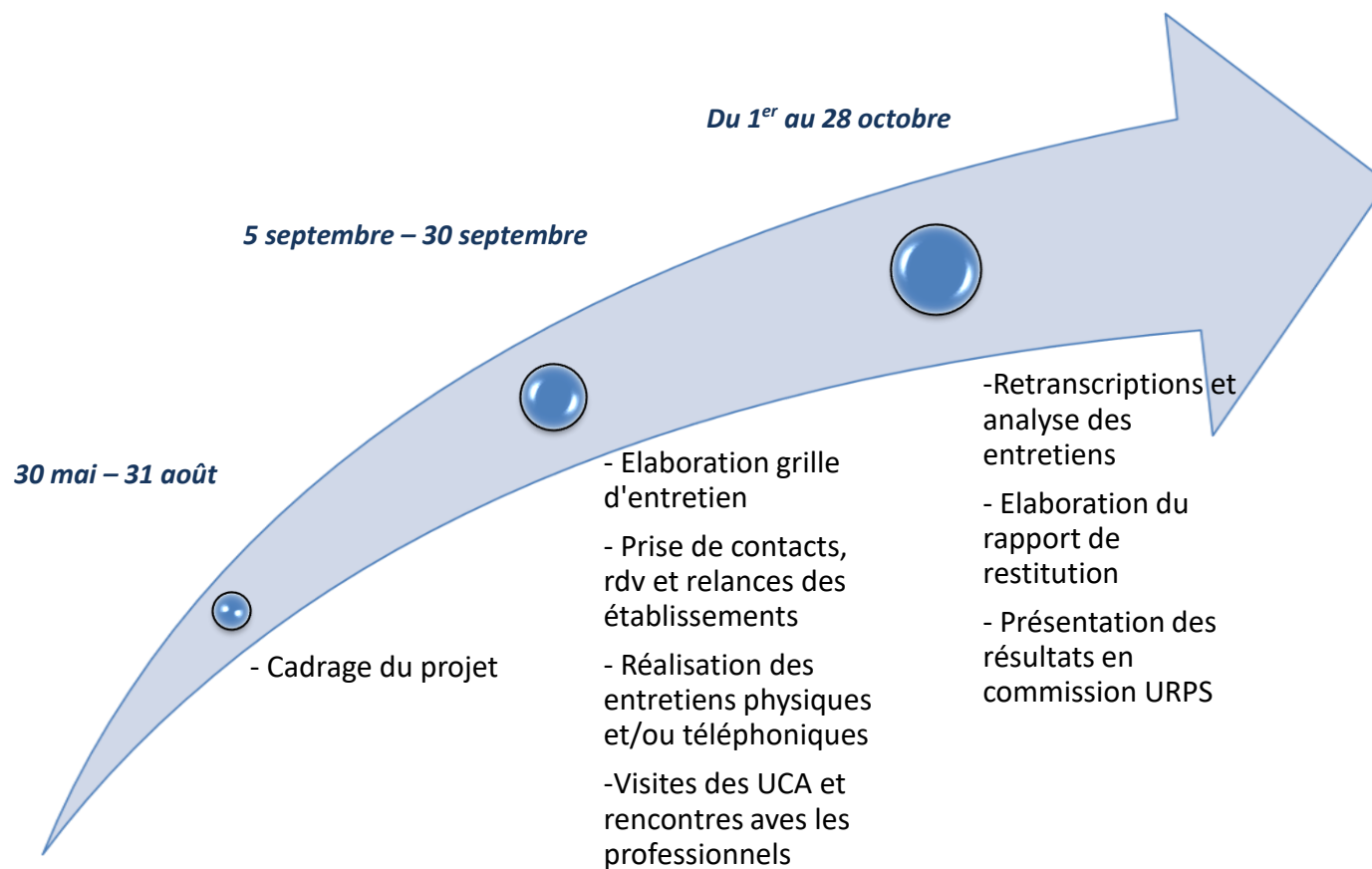
2) Questionnaire

Questions préliminaires	
Qu’est-ce que pour vous la notion d’« interface ville-hôpital », de « coordination ville-hôpital » dans le cadre de la prise en charge d’un patient en CA ?	
Connaissez-vous les conditions d’exercice des professionnels de santé libéraux ? Si oui, quelles différences identifiez-vous avec les conditions d’exercice d’un professionnel de santé à l’hôpital ?	

Que pensez-vous des soins primaires, des pôles et MSP ?	
Selon vous, quelles sont les étapes clés listées en 1) qui font nécessairement appel à des pratiques professionnelles de coordination entre la ville et l'hôpital ?	
Modalités organisationnelles de la coordination	
Toujours au regard des étapes clés du 1), quelles sont les outils/vecteurs de coordination utilisés spécifiquement pour le retour à domicile du patient avec les professionnels de santé libéraux (médecins traitants, IDE, MK, pharmaciens) ? Comment se matérialise (sur quels supports) le partage d'informations entre l'équipe de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) et les différents professionnels de santé libéraux ? (messagerie sécurisée, lettre de liaison, DMP, dossier de coordination ville-hôpital...)	
Les outils que vous identifiez font-ils l'objet d'une formalisation au niveau institutionnel (stratégie, projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet de santé...) ?	
Dans quelle mesure les outils de coordination ville-hôpital existants vous semblent-ils déterminants pour assurer la qualité et l'efficacité de la prise en charge d'un patient en CA ?	
Continuité des soins	
<i>Sortie et information du patient</i>	
La sortie du patient est-elle anticipée ? Si oui, à quel moment de la prise en charge, par quels moyens et par qui ?	
Les professionnels de ville qui collaborent avec l'UCA sont-ils identifiés au préalable par l'hôpital ?	
Si une prise en charge par les professionnels de santé de ville est nécessaire en post-opératoire, comment le patient est-il dirigé vers ces professionnels ? Par exemple, le patient choisit-il son médecin ou le professionnel soignant sur une liste préétablie par l'hôpital ?	
<i>L'appel du lendemain</i>	

<i>La coordination avec les partenaires extérieurs</i>	
Existe-t-il des conventions de partenariats avec les autres ES du territoire dans le cadre de la prise en charge en CA ?	
Existe-t-il un retour d'information systématisé de la ville vers l'hôpital sur les suites de la prise en charge du patient ? Si oui, quelles en sont les modalités ?	
Perspectives des relations entre l'UCA et les professionnels de santé libéraux	
Quelles sont les opportunités de rencontre entre les professionnels de santé de l'équipe de l'UCA et les professionnels de santé libéraux ? Au-delà idées d'actions de formation, analyse des pratiques, retours croisés d'expériences ?	
Les professionnels de santé libéraux sont-ils associés aux réflexions concernant l'amélioration de l'organisation de la prise en charge en CA à l'hôpital ?	
Quelles sont les limites que vous identifiez dans l'organisation actuelle de la coordination ville-hôpital sur le thème de la CA ?	
Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la coordination avec les professionnels de santé libéraux ?	

Annexe 2 – Calendrier de la mission



Annexe 3 – Caractéristiques des établissements du panel

	Type d'établissement	Taux de CA	Pdm en CA ²⁵	Pdm régionale en CA	Capacités totales (lits et places)		Nb de séjours en CA (RSA)
						Dont en CA	
A	CHR/CHU	25,2%	15,4%	3,1%	-	-	4 702
B	CHR/CHU	29,1%	11,6%	4,5%	1 952	39	7 303
C	CH	31,2%	21,1%	2,3%	1 411	26	3 440
D	Clinique/hôpital privé	49,6%	9,4%	1,3%	291	40	2 031
E	Clinique/hôpital privé	58,1%	58,4%	6,1%	300	-	9 101
F	Clinique/hôpital privé	64,3%	27,1%	6,1%	235	44	9 693
G	Clinique/hôpital privé	65,4%	34,6%	4,8%	263	-	7 262
H	Clinique/hôpital privé	51,6%	30,8%	8,8%	500	60	13 706

Sources : Données hospidag 2015, Annuaire FHF, Données recueillies en entretien

²⁵ Calculé sur la zone d'attractivité de l'établissement

