

50/51° NORD

DEMAIN, TOUS OPÉRÉS EN AMBULATOIRE ?



Entrer à l'hôpital le matin pour bénéficier d'une opération et rentrer chez soi le jour même est désormais une expérience partagée par de nombreux Français. Elle concerne beaucoup la chirurgie de la cataracte ou la libération du canal carpien, mais s'étend progressivement à des chirurgies de plus en plus lourdes, comme celles des prothèses de hanches. Son développement en France a été initié bien plus tard que dans les pays anglo-saxons. Quotidien des Américains et des Scandinaves, l'ambulatoire compte pour 40% de la chirurgie en France. Son déploiement est actuellement recherché afin de rattraper le retard. Une intervention chirurgicale sur deux réalisée en ambulatoire à l'horizon 2016, tel est l'objectif que s'est fixé le Ministère de la Santé fin 2014. La finalité est double : faire bénéficier les patients d'une meilleure qualité de soins et générer des économies substantielles pour le système de santé. Deux objectifs qui nourrissent de vrais débats quant aux résultats attendus. Véritable révolution culturelle pour les soignants, basculer de la chirurgie classique, dite « conventionnelle » vers l'ambulatoire nécessite l'adhésion et la conviction des équipes et un véritable projet commun d'établissement. Dans ce contexte, comment se place la région ? Quels sont les bénéfices pour le patient ? À quelles conditions ? Quels sont les freins et les leviers au déploiement de l'ambulatoire en France ? Réponse chiffrée et avis d'experts à la clé, cette édition ambitionne d'apporter des réponses à ces différentes questions.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN QUESTIONS

En quoi cela consiste-t-il ?

Le patient est pris en charge opéré et libéré dans la même journée. Concrètement, il entre le matin de son opération et rentre chez lui le soir même.

Qui cela concerne-t-il ?

À ses débuts, la chirurgie ambulatoire était réservée à certaines opérations simples. Depuis, la liste des actes possibles s'est largement accrue. Largement pratiquée chez les enfants à partir de 3 ans, elle est accessible aux adultes, pourvu qu'ils puissent être accompagnés par un proche et qu'ils ne restent pas seuls la première nuit.

À quelles opérations cela s'applique ?

Les interventions les plus couramment pratiquées concernent la cataracte, la chirurgie de la main, les varices et les ménisectomies. Mais de plus en plus d'opérations plus lourdes commencent à être réalisées en ambulatoire.

Quels sont les avantages pour le patient ?

Le confort, la réduction des risques d'infections nosocomiales (des infections contractées sur le lieu d'hospitalisation) et de thromboses. Les critères de sorties sont très stricts, et la gestion des risques anticipée dès la fin de l'opération. Avant de quitter l'hôpital, le patient bénéficie d'une consultation lors de laquelle lui sont présentées les suites opératoires et les consignes à respecter dans les jours à venir.

Quelle est la différence avec l'hospitalisation à domicile ?

La chirurgie ambulatoire suppose que le patient n'ait pas besoin de soins particuliers ni de l'intervention d'une équipe médicale chez lui. Après l'intervention, celui-ci rentrera chez lui avec le contact de l'unité

chirurgicale en cas de question, et les retours sont exceptionnels. L'hospitalisation à domicile intervient pour des pathologies souvent lourdes, qui nécessitent des soins réguliers, sur du long terme au domicile du patient, en cas de cancer par exemple.

Pourquoi la développer ?

Elle doit augmenter considérablement la qualité et la sécurité des soins pour le patient. Par ailleurs, même si les débats sont très vifs sur les chiffres, son déploiement permettrait des économies (voir p. 4). Sont cités la réduction du nombre de nuitées, donc de lits, et d'équipes de surveillance, l'optimisation des espaces et des temps d'attente entre deux interventions. Mais pour cela, il faudrait fermer des lits. « Le développement de la chirurgie ambulatoire à 50 % engagerait une suppression de 32 000 lits de chirurgie et de 62 000 lits pour atteindre 80 % », estime Gilles Bontemps, directeur associé de l'ANAP¹ (lire l'interview en page 5).

50 % D'AMBULATOIRE VISÉS EN 2016

Depuis la fin des années 2000, les pouvoirs publics poussent au développement de cette pratique, notamment pour réduire les coûts. Des incitations financières ont été mises en place pour encourager les établissements à basculer des actes chirurgicaux réalisés de manière conventionnelle en ambulatoire. La ministre de la Santé, Marisol Touraine, a rappelé dernièrement sa volonté d'accélérer fortement son développement en France, en fixant un objectif de 50 % d'ambulatoire en 2016.

« Le point de départ est d'avoir des chirurgiens convaincus que c'est mieux pour le patient, et qui leur expliquent pourquoi. »

Docteurs Isabelle Queval, anesthésiste

et Rosa Pot, chef de pôle chirurgie ambulatoire à la Clinique des Bonnettes (groupe Générale de Santé) à Arras.

Près de 8 Français sur 10 jugent préférable l'hospitalisation de jour, d'après le baromètre Cancer Institut Curie-Viavoie 2013. Ce sentiment est-il partagé dans la région ?

« Les patients n'en savent a priori rien. Il faut leur expliquer et faire preuve de pédagogie, ce qui commence par la consultation de chirurgie réalisée par un professionnel qui donne toutes les informations nécessaires à la compréhension du patient. Mais une fois qu'ils y ont eu recours, les patients sont effectivement convaincus. »

Comment faire pour que les patients soient vraiment satisfaits ?

« Il faut, pour commencer, se replacer du point de vue du patient et penser ce qui est bon pour lui, pour le geste opératoire, et bien sûr pour les équipes. La culture ambulatoire est bien ancrée chez nous, car les chirurgiens font depuis longtemps des actes qui ne se faisaient pas traditionnellement en ambulatoire, comme des varices, des hernies inguinales, des vésicules... Et le point de départ est là, avoir des chirurgiens convaincus que c'est mieux pour le patient, et qui leur expliquent pourquoi. Pour que le patient soit satisfait, il faut des parcours de soins et une organisation spécifique. Et il faut sécuriser

l'amont et l'aval de l'opération. La première étape est de bien réussir cette consultation de chirurgie, car c'est le chirurgien qui va voir si le patient est éligible. Si on s'aperçoit trop tard qu'un patient ne l'est pas, ce sera un déçu de l'ambulatoire. Cela va aussi jusqu'à appeler le patient pour vérifier qu'il a respecté les consignes préopératoires. Et en aval, cela signifie d'optimiser le suivi postopératoire des patients. Et ce, avec notamment une coordination des soins à domicile. Ce qui passe par le suivi et le passage d'une infirmière libérale au domicile du patient et l'association concomitante du médecin traitant. »

Seuls 10 % des Français seraient trop isolés et fragiles pour avoir recours à l'ambulatoire, ce chiffre vous semble-t-il juste pour la région ?

« L'ex bassin minier présente des fragilités à cet égard, mais sinon, la région est sans doute mieux placée que d'autres en la matière, avec un réseau d'établissements et des équipements de santé qui ont été renforcés, ainsi qu'un réseau routier qui facilite l'accès aux soins. Donc la région ne nous semble pas moins apte à développer encore davantage cette technique, très bénéfique pour le patient. »

¹ - ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

« Il s'agit de se mettre à la place du patient et de repenser le travail des différents acteurs autour de lui, pour lui offrir une qualité optimale des soins »,

Gilles Bontemps, directeur associé de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux).

Comment expliquer le retard français en matière de développement de chirurgie ambulatoire ?

La dynamique a pris deux décennies à s'engager. Vingt ans ont été nécessaires pour prendre conscience de l'importance de l'ambulatoire. Pourtant, Simone Weil, ministre de la Santé, avait alors dit dès 1995 que la chirurgie ambulatoire n'était pas une « autre » façon, mais la « meilleure » façon de soigner. Le rapport de la Cour des comptes de 2013 a fortement aidé à cette prise de conscience. Alors pourquoi cela a été si long ? À cause de deux freins. Le premier est culturel : en France, tout le système de santé est construit autour de l'hospitalo-centrisme, et autour des professionnels de santé, de leurs lits et services, qui constituent autant de territoires et de chasses gardées. Et c'est le patient qui attend. L'autre frein est de nature organisationnelle. Car en chirurgie ambulatoire, à l'inverse de la chirurgie traditionnelle, tout est organisé autour du patient sans perte de temps ni attente. Il s'agit d'une vraie révolution. »

Quels sont les vrais enjeux et avantages de la chirurgie ambulatoire ?

L'enjeu c'est avant tout d'offrir une meilleure qualité de soins. On ne le dit pas assez, mais les infections nosocomiales tuent en France 8000 personnes par an, soit deux fois plus que les accidents de la route. Le fait que le patient soit pris en charge, opéré, surveillé en douze heures exige un zéro défaut avec une qualité et une sécurité des soins optimales. C'est exigeant, mais cela tire les soins vers le haut. »

Quels sont les leviers pour faire avancer cette culture ?

Très souvent, c'est la contrainte qui pousse à prendre le virage de l'ambulatoire. Une contrainte économique, d'accessibilité des soins... En grande Bretagne, les files d'attente dans les hôpitaux ont été un facteur déclenchant pour engager une réflexion. Les contraintes sont alors transformées en moteur, car une intelligence collective entre tous les acteurs a émergé en cherchant à dépasser ces contraintes et en mettant la meilleure organisation possible de la chirurgie, et plus généralement de l'établissement. Il y a par ailleurs des incitations, comme la contractualisation avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et une tarification intéressante (la même qu'en chirurgie conventionnelle). »

Cette technique est-elle intégrée à la formation des médecins et des directeurs d'hôpitaux ?

Pas assez ! Effectivement, c'est inconcevable qu'aujourd'hui il n'y ait pas de formation sur le sujet, alors que près de la moitié des interventions se fait en ambulatoire. Il en est peu question à la faculté de médecine, et à l'École nationale de santé publique (ENSP) à Rennes, quelques démarches sont entreprises, mais c'est encore trop faible. Il faut renforcer la formation et l'information. On s'aperçoit que finalement ce sont les patients qui commencent à devenir moteurs, tant ils sont satisfaits de leurs expériences. »

Est-ce que cela signifie de nouveaux métiers ? Comment opérer cette bascule concrètement ?

Il faut développer à l'Hôpital une nouvelle culture basée sur les flux. L'Hôpital est une organisation très complexe, où se croisent de nombreux flux : patients, chirurgiens, infirmières, stérilisation... Il faut réfléchir comment organiser, optimiser et synchroniser ces différents flux. De nouveaux métiers ou compétences peuvent aider. Cela veut dire des directeurs régulateurs de flux, mais aussi des infirmières programmatrices et des brancardiers coordinateurs. Tous faisant en sorte que le parcours du patient soit le plus fluide possible, autrement dit qu'il n'attende pas à chaque étape de son séjour. Cela signifie aussi se poser les bonnes questions : pourquoi faire venir tous les patients à 8h quand ils sont opérés au fur et à mesure de la journée ? Est-ce que tous les patients doivent venir couchés dans un brancard au bloc opératoire ? Ne peuvent-ils venir debout ?... Tout ceci relève du lean management⁵, et vise à faire en sorte de supprimer toutes les phases où il n'y a pas de plus-value et où il y a un gaspillage pour les patients et pour les hôpitaux. »

Mais comment faire en période de disette budgétaire ?

La contrainte budgétaire peut en réalité être un levier et une bonne raison de réfléchir sur les pratiques. Car oui, il faut des investissements, mais ils sont minimes. Le plus souvent, il s'agit davantage de réorganiser le travail, plus que de reconstruire un bloc opératoire par exemple. Il s'agit avant tout de se mettre à la place du patient et de repenser le travail des différents acteurs autour de lui, pour lui offrir une qualité optimale des soins. »

Comment gérer les patients isolés, fragiles ?

Bien sûr, il faut être très prudent. Toute la spécificité de la chirurgie ambulatoire, c'est bien d'identifier les bons patients à partir de l'étude de leurs conditions de vie. Les patients doivent être autonomes à leur sortie. Ce qui oblige les soignants à s'assurer que le patient soit vraiment en état de rentrer chez lui sans risque. Il faut donc que le postopératoire soit parfaitement géré. Ensuite, on a toujours des candidats non éligibles, mais d'après une étude de l'Assurance Maladie, et, quelles que soient les régions de France, cela ne représente que 10% des patients. Pour les chirurgies lourdes, cela implique un renforcement des liens avec les SSIAD⁶ et autres organismes de ce type, mais encore une fois, ces interventions sont très minoritaires, à peine 10%. On a donc encore une grande marge de progrès. On est à 43%, on pourrait aisément atteindre 65 à 70% d'opérations en ambulatoire, et rejoindre ainsi les pays nordiques. »

Et quid des petits établissements ?

Il y a effectivement une taille critique, autour de 3000 opérations par an, qui est le minimum idéal pour donner des soins de bonne qualité. Il y a une tentation de certains à ne pas fermer des structures et à vouloir les transformer en centre exclusif de chirurgie ambulatoire, ce serait la pire chose à faire. Encore une fois, l'ambulatoire est synonyme de qualité des soins et ne doit en aucun cas être un palliatif à une activité chirurgicale en déclin. »

⁵ - Pour Michaël Ballé, co-auteur, avec Godefroy Beauvallet, de « Le Management lean » (Éditions Pearson, mars 2013, 306 pages), « est un processus d'amélioration continue et de création de la valeur par l'élimination des gaspillages. Le lean management ne doit surtout pas être réduit à un outil de réduction des coûts de main-d'œuvre. Au contraire, à mesure que les process s'améliorent, l'entreprise doit réaffecter les ressources productives à de nouvelles tâches de création de valeur ».

⁶ - SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile.

« L'objectif est de mieux soigner par cette prise en charge ambulatoire qui améliore la qualité des soins et la sécurité des patients »,

Professeur **Jean-Pierre Triboulet**, consultant en chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille et ancien président de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

Comment se place la région en matière de développement de la chirurgie ambulatoire ?

La région se place plutôt bien, à 43,6% de chirurgie ambulatoire, derrière l'Île-de-France et PACA. Il y a une vraie dynamique régionale. On a d'ailleurs deux projets collectifs intéressants qui ont vu le jour récemment, avec le concours d'une Agence Régionale de Santé motrice sur le sujet. Un groupe « ressources » vient de se constituer. Constitué d'une quinzaine de professionnels de santé de différents horizons, ce groupe fonctionnera comme une sorte de service support, et répondra à toutes les questions des professionnels. Et la deuxième édition de la journée régionale de la chirurgie ambulatoire vient d'être fixée au 23 avril 2015. Donc oui, il y a une vraie volonté locale, et c'est logique, l'ambulatoire participe à la diminution des inégalités de soins, et améliore la qualité des soins. Le fait de protocoliser chaque étape du parcours du patient, d'anticiper la sortie et de prévoir clairement la continuité des soins sécurise la prise en charge et rassure le patient.

On parle de révolution culturelle pour l'hôpital, comment s'organise cette évolution à l'intérieur de l'hôpital ici au CHRU, dans la pratique ?

Ce qui est fondamental c'est de séparer le flux ambulatoire du flux conventionnel. Il faut du personnel dédié, des locaux dédiés. Ici, on a démarré il y a vingt ans. Progressivement, on décide qu'un pan d'activité passe en ambulatoire, et on s'organise. On cible les volumes de patients, les disciplines, on convainc les professionnels de santé, on forme le personnel, on organise le transfert des locaux et on bascule dix lits, puis vingt... Laisser sortir le patient dans les douze heures suivant le geste opératoire implique une excellente prise en charge médicale (chirurgien et anesthésiste), et organisationnelle, une maîtrise des suites (nausées, vomissements, douleurs) une gestion des risques si minimales soient-ils. Cela implique que l'équipe assure elle-même le suivi une fois le patient rentré chez lui, c'est très exigeant. Et donc très bénéfique pour les patients.

Vous qui avez développé l'ambulatoire localement, quels sont les freins et les moteurs à son émergence ?

Les freins ont longtemps été culturels, administratifs et financiers. Mais tous ont tendance à s'estomper. L'idée d'une meilleure qualité de soins commence à ne plus faire débat et les incitations ont vraiment tendance à pousser les établissements à progresser. Mais il faut du temps pour rattraper le retard par rapport aux autres pays. Plus que le niveau d'ambulatoire lui-même, ce qui est intéressant aujourd'hui, c'est de regarder les progressions. Le secteur privé réalise environ 65% de l'activité en ambulatoire versus 35% pour le secteur public ; cependant, le secteur public a progressé de 75% en 2013 et le privé de 33%. Maintenant, il faut que chaque société savante, pour chaque discipline, se fixe des objectifs et avance à son rythme. Les maillons faibles sont aujourd'hui dans l'enseignement, encore trop faible en la matière. Et aussi au niveau de l'information des médecins traitants, qui se sentent trop souvent exclus de la boucle. Un des enjeux est d'accompagner par tous les moyens le développement de l'ambulatoire dans tous les établissements. Mais attention, la motivation principale n'est pas de dégager des marges financières, d'ailleurs difficiles à préciser (voire le récent rapport IGF-IGAS récent) cela n'est pas le but. L'objectif est bien de mieux soigner par cette prise en charge ambulatoire qui améliore la qualité des soins et la sécurité des patients.

Y a-t-il plus de patients qui ne sont pas éligibles à l'ambulatoire dans la région, du fait de sa structure socio-économique, et de la précarité par endroits ?

On peut le penser, car même si une étude de l'Assurance Maladie montre que seuls 10% de la population ne sont pas éligibles à l'ambulatoire pour des raisons médicales, et ce de manière assez uniforme dans toute la France, des critères socio-environnementaux en limitent encore le choix (isolement, précarité, logements inadéquats, etc.). Donc avec 43% d'ambulatoire, nous avons encore d'énormes marges de progrès. Par ailleurs, les patients sont très demandeurs. C'est en partie eux qui vont pousser les médecins et les établissements à évoluer. Une fois passés par l'ambulatoire, les patients sont souvent les meilleurs défenseurs de cette prise en charge en 12 heures, et c'est très bien.

ÉTAT DES LIEUX DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

LA FRANCE, EN RETARD SUR SES VOISINS EUROPÉENS

La France affiche un certain retard par rapport à ses voisins européens. Elle présente en 2013 un taux de 42,7 % de chirurgie ambulatoire, quand les taux des pays scandinaves avoisinent les 70 % et celui des États-Unis les 95 %. Pourquoi ? Car la prise de conscience et le développement de cette pratique ont eu lieu à des périodes différentes selon les pays. La chirurgie ambulatoire a connu un fort accroissement aux États-Unis dès la fin des années soixante, période à laquelle elle s'est étendue au Canada. La chirurgie ambulatoire était déjà développée avant 1980 en Autriche, au Danemark, en Italie, en Norvège, en Suisse et au Royaume-Uni. Son essor date de 1980-1985 pour la Belgique et les Pays-Bas. La Finlande et la Suède ont suivi à la fin des années 80 et la France et l'Allemagne au début des années 90.

Aussi, malgré une certaine mobilisation depuis cette période, la France reste à la traîne de l'Europe en la matière. Une enquête internationale², menée par l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) réalisée en 1994, 1996, et actualisée en 2009, montre des écarts significatifs. Les États-Unis étaient déjà largement en tête, avec plus de 80 % d'actes en ambulatoire, contre 36 % en France, 69 % en Suède et 74 % au Danemark.

Une étude de l'Assurance Maladie réalisée en 2001 a calculé le potentiel de substitution de 18 gestes chirurgicaux de la chirurgie classique vers l'ambulatoire. Les taux variaient de 64,8 % pour la chirurgie du strabisme à 95,7 % pour une opération des amygdales. En France, la chirurgie ambulatoire a connu une accélération de son développement à partir de 2004. Comme le montre le tableau ci-dessous et les chiffres de l'ATHI³, le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 33,6 % en 2008 à 42,7 % en 2013, soit une progression de 3 % par an minimum.

ÉVOLUTION DES TAUX DE RECOURS À LA CHIRURGIE ET À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, FRANCE 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de recours à la chirurgie (pour 1000 habitants)	78,4	79,5	79,8	81,8	82,7	82,8
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1000 habitants)	26,4	28,8	30,2	32,3	33,7	35,3
Taux de chirurgie ambulatoire	33,60 %	36,20 %	37,80 %	39,50 %	40,80 %	42,70 %
Évolution par année		7,60 %	4,40 %	4,50 %	3,20 %	4,60 %

Source : ATIH, traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

LE NORD – PAS-DE-CALAIS, DANS LE PELOTON DE TÊTE FRANÇAIS

Avec 43,6 % de chirurgie ambulatoire, la région Nord – Pas-de-Calais est la quatrième région de France hexagonale, derrière l'Île-de-France (45,7 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (44,9 %), et Poitou-Charentes (43,8 %). À noter les « bonnes » performances de la Guadeloupe et de la Réunion, à 45,9 % et de la Corse, à 46 % d'ambulatoire. En 2013, ce taux varie entre les régions de France de 38 % à 48 %.

Comme le montrent les chiffres ci-dessous, l'évolution régionale est relativement constante dans le temps, avec un peu moins de 2 % d'augmentation par an, proche de la tendance nationale.

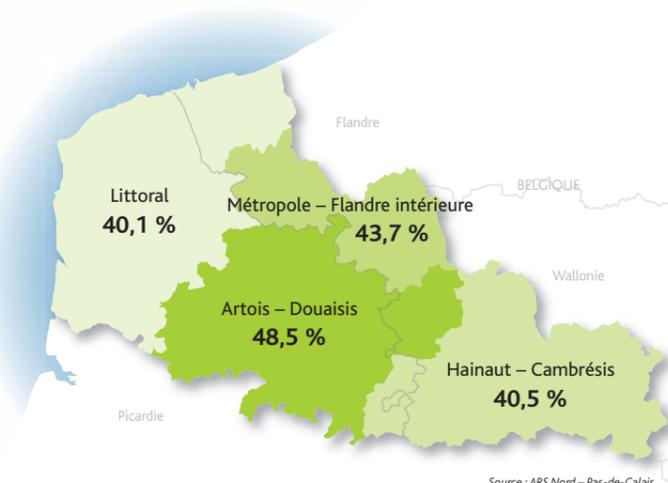
TAUX RÉGIONAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

	Nord – Pas-de-Calais	France
2013	43,6 %	42,7 %
2012	42,0 %	40,8 %
2011	41,2 %	39,5 %

Source : ARS Nord – Pas-de-Calais.

À l'intérieur de la région, on note en revanche de réels écarts entre les quatre territoires de santé. Les bonnes performances de la région sont tirées par le dynamisme de l'Artois-Douais, qui figure en première place régionale avec 48,5 % d'ambulatoire, devant la Métropole-Flandre intérieure (43,7 %). Le Hainaut-Cambrésis, à 40,5 % et le Littoral, à 40,1 % affichent quant à eux des taux inférieurs à la moyenne française.

TAUX GLOBAL RÉGIONAL DE RECOURS À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR TERRITOIRE DE SANTÉ EN 2013

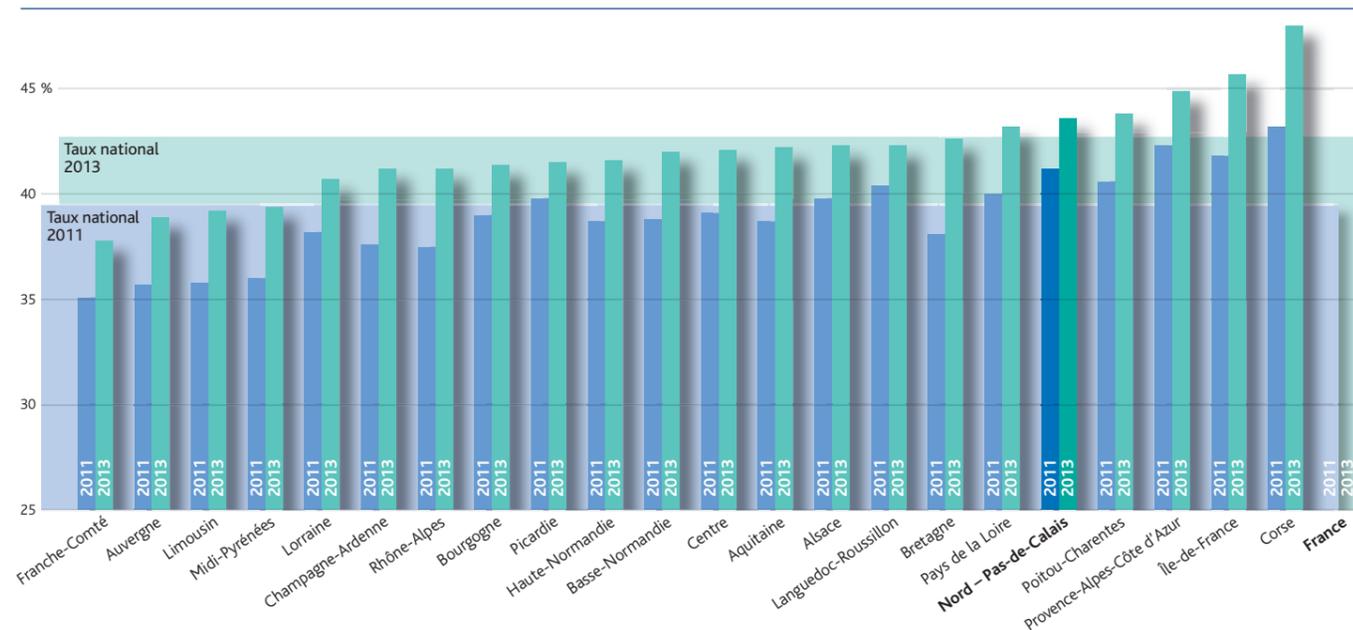


Source : ARS Nord – Pas-de-Calais.

² - La National Survey of Ambulatory Surgery est la seule enquête nationale qui rapporte l'activité de chirurgie ambulatoire pratiquée à la fois dans les hôpitaux et les centres indépendants (Ambulatory Surgery Centers). L'enquête a été menée en 1994 et 1996, puis interrompue jusqu'en 2006. Les données sont collectées par les Centers for Disease Control (CDC) et Prevention's National Center for Health Statistics (NCHS).

³ - Étude « État des lieux 2013 sur l'activité de chirurgie ambulatoire », réalisée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATHI), novembre 2014.

TAUX DE PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE : ÉVOLUTION 2011 ET 2013 ET POSITIONNEMENT RÉGIONAL PAR RAPPORT AU TAUX NATIONAL

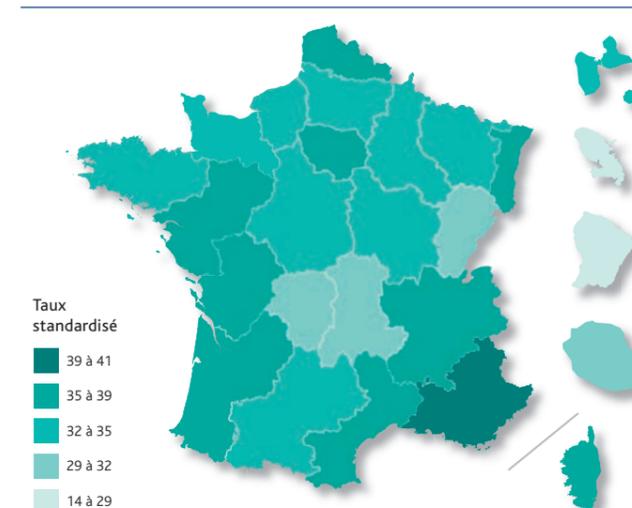


Source : étude ATIH : État des lieux 2013 sur l'activité de chirurgie ambulatoire, novembre 2014.

La Bretagne a connu une accélération notable du développement de la chirurgie ambulatoire entre 2011 et 2013, approchant quasiment le taux national en 2013. À l'inverse, les progressions de la Bourgogne, de la Picardie et de la Haute-Normandie ont eu tendance à se tasser. Toutes les trois proches du taux national en 2011, ces régions affichent en 2013 un léger retrait par rapport à la moyenne nationale.

De la même manière, la progression du Nord – Pas-de-Calais s'est ralentie. Quasiment deux points au-dessus de la moyenne française en 2011, la région n'a plus qu'un point d'avance en 2013.

TAUX DE RECOURS À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN 2013 (POUR 1 000 HABITANTS)



PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT ET SCÉNARI

Si le bien-fondé du développement de l'ambulatoire ne semble plus poser de questions en France ni dans le Nord – Pas-de-Calais, la question des économies à en attendre soulève le débat. Le rythme de la bascule peut considérablement varier, selon l'impulsion de chaque établissement. Les économies dépendraient quant à elle au moins autant de la progression de l'ambulatoire que de la diminution de chirurgie conventionnelle, les deux n'allant pas nécessairement de soi. En termes de progression et d'économies attendues, un rapport des Inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF)⁴ vient bousculer les ambitions affichées par l'exécutif. L'objectif de 50 % d'ambulatoire et d'un milliard d'euros d'économies en trois ans affiché l'année dernière par le Ministère de la Santé pour 2016 semblerait difficile à atteindre. Le taux de progression annuel ne serait pas suffisant pour rattraper le retard. Les travaux des inspections aboutissent à trois scénarii. Le plus « ambitieux » mise au mieux sur 64,1 % d'ambulatoire en 2016, le plus réservé à 55 %. Des projections qui sont loin des 80 % d'ambulatoire évoqués par l'ANAP (lire l'interview de Gilles Bontemps en page 5) repris par la Cour des comptes. Le potentiel estimé par cette dernière dans un rapport de septembre dernier étant de 80 % d'ambulatoire et 5 milliards d'euros d'économies par an.

À noter que de son côté, la Fédération hospitalière de France (FHF) est bien moins optimiste. Elle table sur un taux maximal de 56 % et des gains de 570 millions d'euros par an.

⁴ - Rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », juillet 2014.