

The Hidden Capacity Report *

Obstacles, facteurs de réussite et leviers politiques pour la
poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire

Juin 2026

* Le rapport sur les capacités inexploitées

Contenu

Avant-propos	3
Résumé	4
Introduction	6
Méthodologie	9
Définition de la chirurgie ambulatoire	11
Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?	12
Quelles interventions et spécialités sont de plus en plus souvent réalisées en chirurgie ambulatoire ?	14
Considérations relatives à la qualité, à la sécurité et à l'équité	18
La sécurité	18
Sécurité tout au long du parcours du patient.....	19
Sélection et évaluation préopératoire	20
Conception des parcours de soins périopératoires	20
Sortie.....	21
Récupération, accompagnement à domicile et suivi postopératoire.....	21
L'équité	22
Récupération à domicile.....	24
Communication en santé et inégalités sociales de santé.....	25
Obstacles au changement d'échelle.....	27
Obstacles opérationnels et organisationnels.....	28
Infrastructure dédiée et capacité réservée aux soins programmés.....	28
Priorités de gestion et capacité à conduire le changement.....	29
Incitations financières mal alignées.....	30
Différences cliniques et culturelles entre les équipes.....	31
Obstacles pour les patients.....	32
Facteurs favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire.....	33
Conception du parcours de soins.....	34
Récupération à domicile.....	36
Main-d'œuvre	38
Technologie	40
Leviers politiques et financiers	41
Recommandations politiques.....	44
Conclusion	47
Références	48
Annexes	52
Questions de l'enquête.....	52
Entretiens	60
Comité consultatif	64
Participants.....	64
Ordre du jour	65
Aperçu des thèmes abordés.....	67

Avant-propos



M. David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital

Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery

Ancien président de la British Association of Day Surgery

Partout dans le monde, les systèmes de santé sont confrontés à un défi commun et de plus en plus urgent : comment offrir davantage de soins à un plus grand nombre de patients avec des ressources limitées, tout en maintenant les normes les plus élevées en matière de qualité, de sécurité et d'expérience des patients ? Dans un contexte marqué par l'allongement des listes d'attente pour les interventions programmées, la pression croissante sur les professionnels de santé et une capacité hospitalière limitée, le besoin de solutions innovantes et durables est plus grand que jamais.

La chirurgie ambulatoire représente l'un des principaux atouts des systèmes de santé modernes. Au cours des dernières décennies, les progrès réalisés dans les techniques chirurgicales, l'anesthésie, les soins périopératoires et les parcours de rétablissement ont considérablement élargi les possibilités. Des interventions qui nécessitaient autrefois une hospitalisation de longue durée peuvent aujourd'hui être réalisées en toute sécurité et avec efficacité en ambulatoire. Les patients peuvent ainsi se rétablir dans le cadre familial de leur domicile, tandis que la pression sur les lits d'hôpital et les autres ressources de soins s'allège.

Pourtant, malgré ses avantages évidents, le développement de la chirurgie ambulatoire demeure inégal. D'importantes disparités persistent entre les pays, les établissements de santé, les spécialités médicales et les équipes cliniques. Dans de nombreux systèmes de santé, le plein potentiel de la chirurgie ambulatoire reste encore sous-exploité. Des obstacles organisationnels, financiers, opérationnels et culturels continuent d'en freiner l'expansion et favorisent souvent le maintien de modèles traditionnels reposant sur l'hospitalisation.

Ce rapport apporte une contribution importante et opportune au débat en cours sur la manière dont les systèmes de santé peuvent relever ces défis. S'appuyant sur des recherches internationales, les expériences de professionnels de santé, des entretiens avec des experts et les perspectives des parties prenantes, il propose une analyse approfondie des obstacles qui entravent la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire, des facteurs de réussite qui en favorisent l'expansion et des leviers politiques susceptibles de soutenir un changement significatif et durable.

Il en ressort un plaidoyer convaincant en faveur d'une vision de la chirurgie ambulatoire non pas comme une amélioration marginale de l'offre de soins, mais comme une composante stratégique essentielle des soins programmés. Les conclusions montrent que les systèmes de santé les plus performants se caractérisent par des parcours de soins bien conçus, une capacité réservée, des incitations alignées, des investissements dans le développement des compétences des professionnels et une attention constante portée aux soins centrés sur le patient. Tout aussi important est le message selon lequel l'expansion de la chirurgie ambulatoire doit se faire avec prudence, en veillant à ce que la sécurité, la qualité, l'équité d'accès aux soins et la liberté de choix du patient demeurent des priorités absolues.

Les recommandations formulées dans ce rapport sont pragmatiques, fondées sur des données probantes et particulièrement pertinentes pour les dirigeants du secteur de la santé, les cliniciens, les décideurs politiques et les gestionnaires des services de santé. Elles proposent une feuille de route claire pour le développement sûr et à grande échelle de la chirurgie ambulatoire, tout en tenant compte des réalités de sa mise en œuvre dans des environnements de soins complexes.

Alors que les systèmes de santé continuent de chercher des moyens d'accroître leur productivité, d'améliorer les résultats pour les patients et de renforcer leur résilience pour l'avenir, les principes exposés dans ce rapport méritent une attention particulière. Le message est clair : lorsque cela est cliniquement justifié, la chirurgie ambulatoire devrait devenir de plus en plus la norme en matière de soins. La concrétisation de cette transformation nécessitera du leadership, des investissements et un engagement soutenu, mais les bénéfices pour les patients, les professionnels de santé et les systèmes de santé sont considérables.

Résumé

Ce rapport examine les obstacles, les facteurs de réussite et les leviers politiques qui contribuent au développement sûr et à grande échelle de la chirurgie ambulatoire. Il soutient que la chirurgie ambulatoire devrait devenir la norme pour les interventions cliniquement appropriées, car elle constitue un moyen concret d'accroître la capacité des soins programmés, de réduire la pression sur les lits hospitaliers, de diminuer les coûts et d'améliorer l'expérience des patients.

S'appuyant sur une revue rapide de la littérature, une enquête menée auprès de 256 professionnels de santé dans dix pays, des entretiens approfondis et les contributions du comité consultatif, le rapport conclut que, même dans des systèmes de santé relativement matures, il subsiste un important potentiel inexploité. En effet, les parcours de soins dédiés, la capacité réservée et les dispositifs fiables de soutien au rétablissement à domicile ne sont pas encore pleinement développés.

Le rapport montre que la part de la chirurgie ambulatoire augmente lorsque les systèmes de santé réorganisent délibérément leur offre de soins autour de parcours spécifiquement conçus pour la chirurgie ambulatoire.

Obstacles à la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire

Les données disponibles mettent en évidence une combinaison de facteurs qui entravent le développement de la chirurgie ambulatoire. Parmi ceux-ci figurent la concurrence avec les admissions d'urgence et les soins hospitaliers pour l'accès aux blocs opératoires, aux lits, aux capacités de récupération et au personnel ; un manque d'attention de la part de la direction ; des incitations financières qui, dans certains systèmes de santé, continuent de favoriser l'hospitalisation ; des différences dans les pratiques cliniques entre les équipes ; ainsi que des obstacles liés aux patients, tels que les comorbidités, un soutien limité à domicile, la distance à parcourir et un manque de confiance dans la capacité de convalescence à domicile. Le rapport montre que la part de la chirurgie ambulatoire augmente lorsque les systèmes de santé réorganisent leurs prestations de manière ciblée autour de parcours de soins spécialement conçus pour la chirurgie ambulatoire.

Caractéristiques des systèmes performants

Les systèmes de santé performants développent des parcours de soins spécifiques à la chirurgie ambulatoire, prévoient une capacité réservée aux soins programmés, alignent les incitations financières, standardisent les processus périopératoires et de sortie, investissent dans le développement des compétences de leurs professionnels et considèrent la chirurgie ambulatoire comme une priorité stratégique. Le rapport souligne que la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire doit toujours reposer sur la sécurité des patients et l'équité d'accès aux soins. Pour de nombreuses interventions, la chirurgie ambulatoire est au moins aussi sûre qu'une hospitalisation, à condition qu'elle s'appuie sur une sélection rigoureuse des patients, des protocoles de rétablissement optimisés, des critères fonctionnels de sortie et des procédures claires de suivi et d'escalade après la sortie.



Impact sur l'équité d'accès aux soins

Même dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, des inégalités de santé persistent et influencent à la fois l'accès aux soins et les résultats pour les patients. Le développement de la chirurgie ambulatoire sans tenir compte de la littératie en santé, des possibilités de transport, de l'accessibilité numérique, des barrières linguistiques et de l'environnement dans lequel le rétablissement à domicile a lieu risque d'accentuer encore davantage ces inégalités. Une communication efficace avec les patients constitue à cet égard une condition essentielle.

Recommandations

La principale implication en matière de politique consiste à développer des parcours de soins fiables, bien établis et centrés sur le patient, dans lesquels la chirurgie ambulatoire devient la norme lorsque cela est cliniquement justifié :

- + Faire de la chirurgie ambulatoire la norme lorsque cela est cliniquement justifié, tout en préservant la sécurité des patients et leur liberté de choix.
- + Adopter une stratégie de développement en trois étapes : donner la priorité aux interventions courantes et peu complexes, réduire les variations injustifiées dans les interventions déjà bien établies, puis étendre progressivement et de manière ciblée la chirurgie ambulatoire à de nouvelles interventions et à de nouveaux groupes de patients.
- + Élaborer des parcours de soins fiables et clairement définis pour la chirurgie ambulatoire, avec des protocoles standardisés pour la sélection des patients, les soins périopératoires, la sortie et l'accompagnement après la sortie.
- + Préserver la capacité des soins programmés en réservant des ressources à la chirurgie ambulatoire et, lorsque cela est possible, en mettant en place des infrastructures ou des parcours de soins dédiés.
- + Intégrer l'équité d'accès aux soins dès la phase de conception, en tenant compte des transports, de la littératie en santé, de la langue, de l'accès au numérique, du soutien à domicile et des déterminants sociaux plus larges.
- + Améliorer la communication avec les patients et le suivi après la sortie, afin qu'ils comprennent comment se déroule le rétablissement à domicile, sachent quand demander de l'aide et aient accès à un accompagnement après leur sortie.

Introduction

Partout dans le monde, les systèmes de santé peinent à disposer d'une capacité suffisante pour les soins programmés afin de répondre à la demande, ce qui se traduit par de longues listes d'attente et des retards¹. Grâce aux progrès des techniques mini-invasives^{2,1}, à la standardisation des parcours de rétablissement et de sortie³ ainsi qu'à l'attention croissante portée à cette question par les décideurs politiques^{4,5,1}, un éventail de plus en plus large d'interventions peut aujourd'hui être réalisé en chirurgie ambulatoire.

Il existe d'importantes différences entre les systèmes de santé dans leur capacité à transférer des interventions de l'hospitalisation vers la chirurgie ambulatoire.

En pratiquant des interventions en chirurgie ambulatoire, les équipes chirurgicales peuvent améliorer le flux des patients et la productivité^{4,6,7}, réduire les coûts et la consommation de ressources⁸ et améliorer l'expérience des patients⁹. Il existe toutefois d'importantes disparités entre les systèmes de santé quant à leur capacité à transférer les interventions chirurgicales de l'hospitalisation vers les soins ambulatoires. Ces disparités sont observables entre les pays⁴, entre les hôpitaux et les équipes au sein d'un même pays¹⁰⁻¹², ainsi qu'entre les différentes interventions et spécialités^{2,13}.

Ce rapport combine différentes sources de données afin d'examiner les obstacles, les facteurs de réussite et les leviers politiques associés au développement sûr de la chirurgie ambulatoire au sein des systèmes de santé. Il s'appuie sur une analyse de la littérature internationale consacrée aux performances des systèmes de santé, aux modèles de financement, à la conception des parcours de soins, aux résultats pour les patients et aux bonnes pratiques émergentes. Il repose également sur des entretiens avec des spécialistes cliniques et un groupe d'experts disposant d'une expérience directe de l'organisation, de la gestion et du développement à grande échelle de la chirurgie ambulatoire.



Le panel d'experts était composé de :



Professeur Jaideep Pandit

Président du panel d'experts et professeur d'anesthésiologie à l'Université d'Oxford, Royaume-Uni



Jaana Perttunen

Présidente de l'European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finlande



Laurens Van Houte

Responsable du bloc opératoire, Medisch Spectrum Twente, Pays-Bas



Dr Shaan Chhabra

Responsable de la transformation et de l'amélioration des processus, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Royaume-Uni



Daniela Matos

Infirmière en chef au Centre de santé local de Santo António, Portugal



Dr Francesco Venneri

Directeur du Centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de la Région Toscane, Italie



Dr Jaroslaw J. Fedorowski

Président de la Fédération polonaise des hôpitaux (PFSz), Pologne

Des entretiens ont été menés avec :



Professeur Tim Briggs CBE

Responsable du programme GIRFT et directeur national du NHS England pour l'amélioration clinique, la reprise des soins programmés et l'UEC, Royaume-Uni



M. David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital

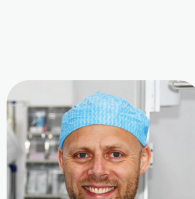
Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery

Ancien président de la British Association of Day Surgery



Professeure Karine Nouette-Gaulain

Professeure d'anesthésiologie, de soins intensifs et de médecine périopératoire, CHU de Bordeaux, France



M. Bjarne Skjødt Hjaltalin

Médecin-chef du département de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Amager et Hvidovre, Danemark



Ce rapport montre qu'il existe encore un potentiel considérable pour accroître davantage la part de la chirurgie ambulatoire

Cette étude a été conçue pour déterminer, selon les parties prenantes, où subsiste un potentiel inexploité en matière de chirurgie ambulatoire, quels sont les obstacles qui conduisent le plus souvent à ce que des patients éligibles ne soient pas pris en charge en chirurgie ambulatoire, et quelles interventions concrètes seraient les plus susceptibles de générer des progrès significatifs. Ces résultats apportent un complément précieux à la littérature scientifique en offrant une perspective issue de la pratique quotidienne et contribuent à mieux comprendre les domaines dans lesquels les ambitions politiques et la réalité opérationnelle continuent de diverger.

Ce rapport montre qu'il subsiste un important potentiel inexploité pour accroître davantage la part de la chirurgie ambulatoire, y compris dans les pays dotés de systèmes de chirurgie ambulatoire plus matures. Ce potentiel peut être exploité au mieux en faisant de la chirurgie ambulatoire l'approche de référence pour les interventions cliniquement appropriées et en développant des parcours de soins spécifiquement conçus pour la chirurgie ambulatoire, soutenus par une capacité réservée et les ressources nécessaires.

Méthodologie

Ce rapport s'appuie sur une analyse rapide de la littérature disponible concernant les obstacles et les facteurs de réussite de la chirurgie ambulatoire. À cette fin, l'outil d'intelligence artificielle Undermind.ai a été utilisé pour identifier et recueillir des sources pertinentes en langue anglaise, publiées au cours des cinq dernières années et provenant du monde entier.

Undermind est un outil d'intelligence artificielle développé pour réaliser des revues de la littérature scientifique. Il explore la base de données Semantic Scholar, qui regroupe plus de 200 millions de publications, notamment des articles référencés dans PubMed ainsi que d'autres publications dans le domaine des sciences de la vie. Un chercheur a examiné les résumés des articles recensés afin d'en vérifier la pertinence. La première revue a inclus 64 publications. Sur la base de ces publications, des thèmes liés aux obstacles et aux facteurs de réussite de l'expansion de la chirurgie ambulatoire ont été identifiés. En outre, lorsque cela s'est avéré nécessaire, des recherches ciblées ont été menées dans la littérature grise et dans des publications scientifiques plus anciennes afin de recueillir des informations et des éclairages complémentaires.

En complément de ces résultats, une enquête a été menée afin de recueillir des enseignements issus de la pratique concernant l'avenir de la chirurgie ambulatoire.

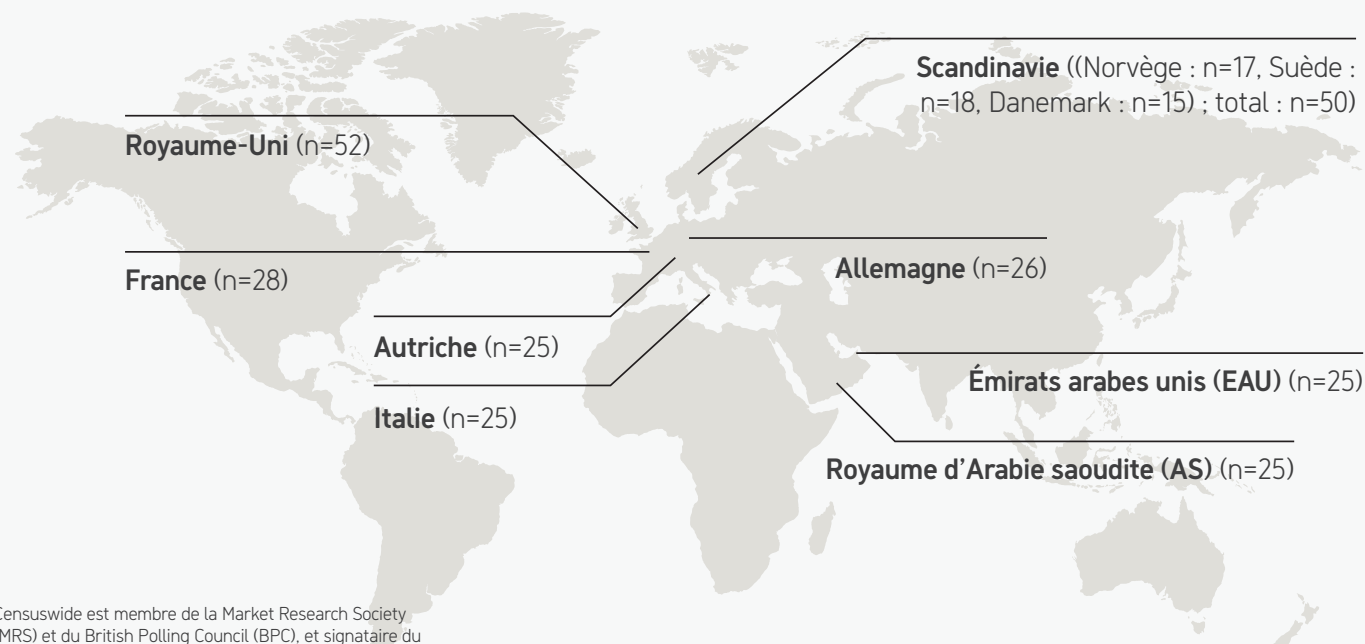
Par ailleurs, quatre entretiens semi-structurés ont été menés auprès de professionnels de santé impliqués dans la chirurgie ambulatoire. Toutes les citations et références figurant dans le présent rapport ont été reproduites avec l'accord des personnes interrogées.

Une enquête menée auprès de

256

professionnels de santé dans 10 pays a été réalisée par Censuswide entre le 2 et le 22 avril 2026¹⁴.

L'étude portait sur des chirurgiens (n=63), des anesthésistes (n=25), des infirmiers de bloc opératoire (n=60), des responsables de bloc opératoire (n=32), des responsables des achats (n=35) et des membres de la direction hospitalière (n=41), impliqués au moins une fois par mois dans la gestion, l'approvisionnement ou la réalisation de la chirurgie ambulatoire



Censuswide est membre de la Market Research Society (MRS) et du British Polling Council (BPC), et signataire du Global Data Quality Pledge. L'entreprise respecte le code de conduite de la MRS et les principes de l'ESOMAR.



Enfin, une version préliminaire de ce rapport a été soumise à un comité consultatif composé de sept professionnels de santé issus de six pays différents et impliqués dans la chirurgie ambulatoire. Une discussion structurée a ensuite été organisée afin de valider les conclusions du rapport et de formuler des recommandations¹⁵.

À l'issue de la réunion du comité consultatif, des revues de littérature complémentaires ciblées ont été menées sur la sécurité des patients et les inégalités de santé dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Le rapport a ensuite été révisé et les recommandations ont été affinées à la lumière des discussions tenues lors de cette réunion. Ces recommandations ont par la suite été soumises au comité consultatif afin de recueillir des commentaires supplémentaires.



Définition de la chirurgie ambulatoire

À l'échelle mondiale, différents termes sont utilisés pour désigner la chirurgie ambulatoire, et la mise en œuvre pratique de ce concept varie également d'un pays à l'autre. La terminologie employée reflète souvent la manière dont les pays organisent et financent leurs systèmes de santé, ainsi que la place de la chirurgie ambulatoire dans les cadres de gouvernance et les modèles de prestation des soins.

Alors que certains pays définissent la chirurgie ambulatoire comme un séjour de moins de 24 heures, d'autres adoptent une définition plus stricte selon laquelle la durée d'hospitalisation est de zéro jour, car celle-ci est plus facile à déterminer à partir des données recueillies de manière systématique¹⁶.

Tableau 1

Terme	Signification courante	Exemple de contexte national	Remarques
Chirurgie de jour	Intervention programmée avec sortie le jour même de l'intervention	Angleterre, Irlande, pays scandinaves ^{4,10}	
Chirurgie ambulatoire	Interventions chirurgicales sans nuitée à l'hôpital, souvent réalisées dans des unités dédiées à la chirurgie ambulatoire	Amérique du Nord et Espagne ^{6,17,18}	Peut désigner aussi bien un parcours de soins qu'un établissement de soins
Chirurgie en consultation externe	Interventions chirurgicales réalisées sans hospitalisation	Allemagne, Suisse, États-Unis ^{6,17,18}	Notion parfois plus large que la sortie le jour même ; peut également inclure des séjours de moins de 24 ou 23 heures
Chirurgie ambulatoire	Terme utilisé dans le système de financement des soins de chirurgie ambulatoire en Hongrie	Hongrie ¹⁹	

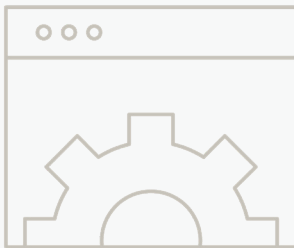
Le présent rapport reprend la définition de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) : « Une opération ou une intervention, à l'exception d'une intervention réalisée en cabinet ou en consultation externe, à l'issue de laquelle le patient sort le jour même »². Tout comme l'IAAS, le présent rapport utilise indifféremment les termes « chirurgie de jour » et « chirurgie ambulatoire ».

Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie ambulatoire est un parcours de soins intégré qui permet de réaliser des interventions programmées sans passer la nuit à l'hôpital, lorsque l'état du patient et le type d'intervention le permettent²⁰.

Afin de permettre un retour à domicile le jour même, la chirurgie ambulatoire repose sur un parcours de soins comprenant : ^{3,9,21}

- + Sélection des patients
- + Techniques d'anesthésie et techniques chirurgicales favorisant une récupération rapide
- + Protocoles périopératoires standardisés
- + Critères de sortie clairs, fondés sur l'état fonctionnel du patient et non sur le temps écoulé depuis l'intervention
- + Conseils et accompagnement après la sortie
- + Suivi des patients
- + Procédures claires à suivre lorsque la récupération à domicile ne se déroule pas comme prévu



Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?



La chirurgie ambulatoire constitue une alternative à part entière à l'hospitalisation classique. Il ressort de nos échanges avec des experts de référence dans le domaine de la chirurgie ambulatoire que les établissements de santé qui réussissent à développer davantage cette activité mettent en place des parcours de soins spécifiquement conçus pour la chirurgie ambulatoire, plutôt que de simplement accélérer les parcours existants. Ils repensent fondamentalement l'organisation des soins pour les patients pris en charge en ambulatoire. Dans les établissements les plus performants, la chirurgie ambulatoire constitue l'option privilégiée pour les patients et les interventions qui s'y prêtent.



David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital

Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery

Ancien président de la British Association of Day Surgery

“

Il s'agit de trouver les moyens de faire de la chirurgie ambulatoire la nouvelle norme. Une fois cette étape franchie et la chirurgie ambulatoire devenue la nouvelle norme, la dynamique est généralement suffisante pour maintenir cette évolution, car elle est intrinsèquement plus durable que les autres formes de chirurgie.”

Au niveau du système de santé, une croissance soutenue de la chirurgie ambulatoire peut également réduire les besoins en lits pour les soins programmés ou permettre de les réaffecter à d'autres besoins de prise en charge. Cela peut contribuer à diminuer les coûts globaux des soins et à libérer une capacité hospitalière limitée pour les patients qui bénéficient davantage d'une hospitalisation. Ainsi, l'Elective Surgery Programme irlandais a estimé qu'une **augmentation de la part de la chirurgie ambulatoire et une réduction de la durée de séjour dans 14 spécialités chirurgicales pourraient permettre d'économiser environ 41 500 journées d'hospitalisation par an**²³. Des études plus larges montrent en outre que des parcours de soins spécifiquement conçus pour la chirurgie ambulatoire peuvent réduire les coûts, améliorer les flux de patients et contribuer à raccourcir les délais d'attente en augmentant la capacité disponible pour les soins programmés^{3-5,19,24}.



Daniela Matos

Infirmière en chef au Centre de santé local de Santo António, Portugal¹⁵

“

Notre hôpital dispose de 11 salles d'opération et réalise chaque jour environ 200 interventions. Dans le plus grand bloc opératoire dédié aux patients hospitalisés, il faut une semaine pour atteindre le même volume d'interventions, ce qui témoigne de notre niveau élevé de productivité. Grâce à nos formations, le temps de rotation entre deux patients est d'environ huit à neuf minutes dans chaque salle d'opération. Nous enregistrons un taux de satisfaction élevé et un faible taux de complications.”

Quelles interventions et spécialités sont de plus en plus souvent réalisées en chirurgie ambulatoire ?



Jaana Perttunen

Présidente de l'European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finlande¹⁵

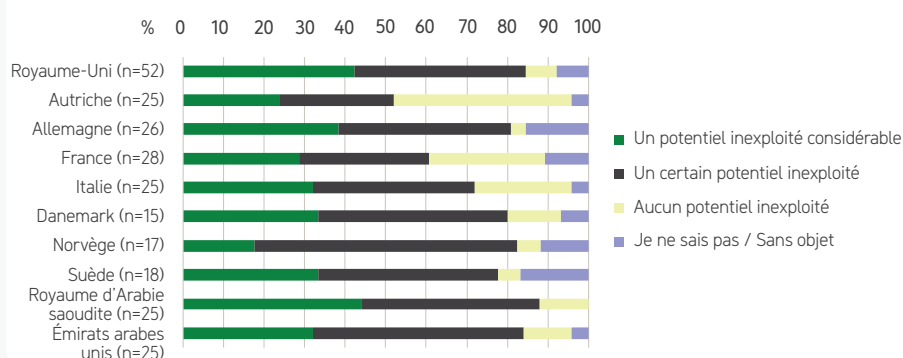
“ En Finlande, la part de la chirurgie ambulatoire ne cesse d'augmenter et atteint jusqu'à 90 % dans certaines spécialités. Nous utilisons largement des applications mobiles qui permettent aux patients de communiquer facilement avec l'hôpital. Presque tous les patients qui doivent subir une intervention programmée se présentent le matin même de l'opération, sauf lorsqu'ils ont un long trajet à effectuer. Après l'intervention, ils peuvent quitter l'hôpital dès que leur état le permet sur le plan médical et que cela leur convient sur le plan pratique. Par ailleurs, nous développons différentes applications destinées à soutenir les infirmiers dans l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours chirurgical. Une information de qualité et de solides compétences infirmières sont toutes deux essentielles pour accompagner les patients de manière optimale.”

Traditionnellement, la chirurgie ambulatoire était principalement réservée à des interventions simples, fréquentes et à haut volume^{4,12}. Toutefois, son champ d'application ne cesse de s'élargir, passant d'interventions relativement simples à des opérations de plus en plus complexes^{2,19,25-27}. Cette évolution est rendue possible par les progrès des techniques chirurgicales², des procédures opératoires et de la prise en charge de la récupération postopératoire. Parmi les exemples les plus marquants figurent la chirurgie robotisée²⁸, les techniques d'anesthésie innovantes, les programmes améliorés de récupération et les protocoles périopératoires standardisés^{25,29}.

La transition vers la chirurgie ambulatoire s'étend à de nombreuses spécialités, mais son rythme de progression varie à travers le monde^{2,4}. Cette tendance a été confirmée par les résultats de l'enquête¹⁴, les répondants ayant mis en évidence un potentiel encore inexploité pour la chirurgie ambulatoire dans chacune des spécialités étudiées. Cela laisse penser que, dans de nombreux systèmes de santé, la transition vers la chirurgie ambulatoire est encore considérée comme étant à un stade relativement précoce.

Figure 1a

Selon vous, quel est le potentiel inexploité de la chirurgie ambulatoire en orthopédie ?



Quelles interventions et spécialités sont de plus en plus souvent réalisées en chirurgie ambulatoire ?

Figure 1b

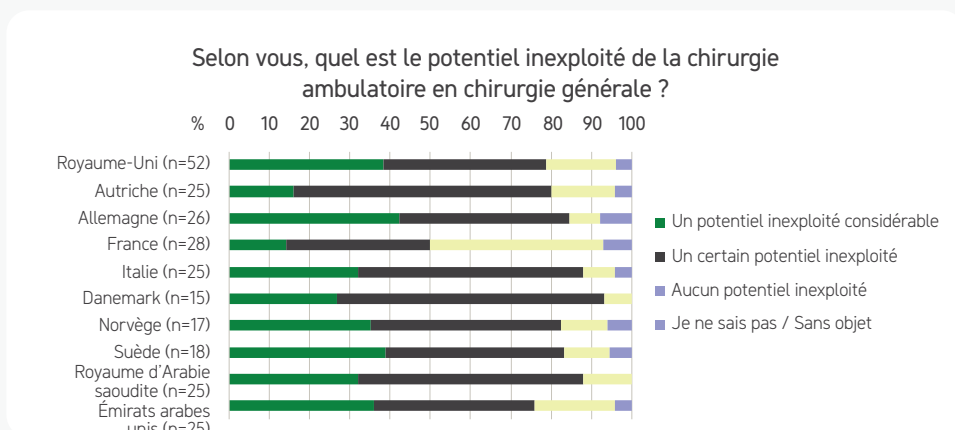
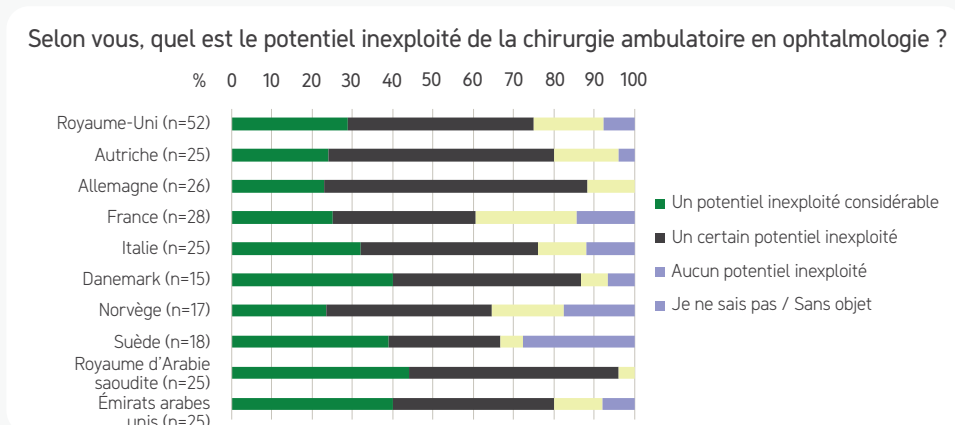


Figure 1c



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censuwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : ensemble des répondants (n = 256).

Le niveau d'optimisme variait d'un pays à l'autre. Les répondants du Royaume-Uni et du Danemark figuraient parmi les plus optimistes quant au développement futur de la chirurgie ambulatoire, affichant une confiance particulièrement forte dans le potentiel de l'orthopédie, de l'ophtalmologie et de la chirurgie générale. En Allemagne également, un potentiel de croissance important était perçu en chirurgie générale, tandis que les répondants d'Arabie saoudite (AS) se montraient particulièrement optimistes quant aux possibilités offertes par l'orthopédie et l'ophtalmologie. À l'inverse, les répondants français et autrichiens se montraient plus réservés à l'égard de certaines spécialités déjà bien établies. Cela laisse penser que la perception du potentiel de croissance restant varie selon le degré de maturité des parcours de soins ambulatoires locaux et le niveau d'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la pratique courante.

Les interventions courantes à haut volume demeurent le principal levier du développement de la chirurgie ambulatoire. Elles constituent souvent le point de départ le plus évident pour les systèmes de santé qui développent et mettent en œuvre des parcours de soins ambulatoires. En outre, elles se prêtent particulièrement bien à une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Plusieurs interventions programmées courantes peuvent être considérées comme des indicateurs de la réussite du développement de la chirurgie ambulatoire. Parmi elles figurent :

- + Cholécysectomie laparoscopique²⁴
- + Cure de hernie inguinale¹²
- + Ophtalmologie^{30,31}



Quelles interventions et spécialités sont de plus en plus souvent réalisées en chirurgie ambulatoire ?

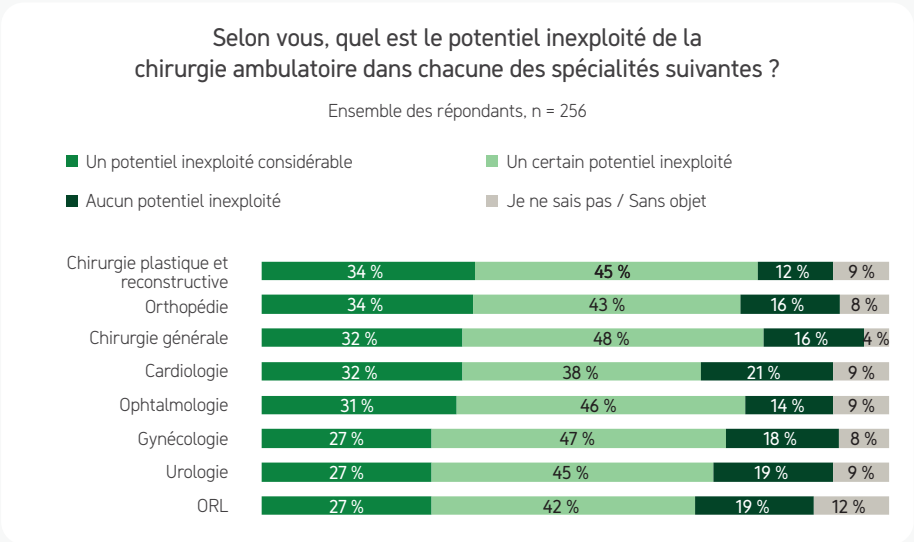
Les progrès technologiques élargissent continuellement les possibilités offertes par la chirurgie ambulatoire, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles applications. Ainsi, en urologie, les interventions destinées à traiter l’obstruction bénigne de la prostate peuvent être réalisées de plus en plus souvent en chirurgie ambulatoire grâce aux techniques laser mini-invasives².

L’arthroplastie totale constitue un autre domaine d’application prometteur pour la chirurgie ambulatoire. Au Royaume-Uni, une méta-analyse portant sur 17 études a montré que le taux de réadmission après une arthroplastie totale réalisée en chirurgie ambulatoire était de 1,9 %, contre 2,0 % chez les patients hospitalisés. Le profil de sécurité des deux groupes était donc pratiquement identique³². L’acceptation de ces interventions plus complexes par les patients s’avère également élevée : dans une étude, 80 à 96 % des patients ont indiqué qu’ils choisiraient à nouveau une arthroplastie réalisée en ambulatoire³³.

Ces résultats concordent avec ceux de l’enquête¹⁴, selon laquelle l’orthopédie (77 %) figurait parmi les spécialités présentant le potentiel inexploité perçu le plus important. Cela suggère que les cliniciens considèrent de plus en plus les interventions majeures de remplacement articulaire comme des candidates appropriées à la chirurgie ambulatoire, pour autant que les parcours de soins adéquats soient en place.

Figure 2

Jusqu’à
80%
des répondants estiment
que la chirurgie ambulatoire
recèle encore un potentiel
inexploité



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censuwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : ensemble des répondants (n = 256).

Il est toutefois important de souligner que, si les progrès technologiques ont permis l’extension de la chirurgie ambulatoire dans différentes spécialités, **ils doivent s’accompagner d’une refonte des parcours de soins** afin que les interventions susceptibles d’être réalisées en ambulatoire deviennent systématiquement des interventions prises en charge en chirurgie ambulatoire.

À mesure que les systèmes de santé les moins avancés dans le développement de la chirurgie ambulatoire cherchent à en accroître la part, ils devraient suivre une stratégie en trois étapes²². Premièrement, ils doivent mettre en place des parcours de soins exemplaires pour la chirurgie ambulatoire dans le cas d’interventions courantes et peu complexes qui se prêtent bien à une prise en charge ambulatoire. Deuxièmement, ils doivent réduire les variations injustifiées et veiller à une mise en œuvre cohérente des interventions dont la sécurité en ambulatoire a déjà été largement démontrée, mais qui ne sont pas encore systématiquement pratiquées en chirurgie ambulatoire par tous les prestataires de soins.

Quelles interventions et spécialités sont de plus en plus souvent réalisées en chirurgie ambulatoire ?

Enfin, ils doivent continuer à repousser les limites de la chirurgie ambulatoire en identifiant de nouvelles interventions et de nouveaux groupes de patients qui, grâce aux progrès techniques, peuvent désormais bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire sur le plan clinique.

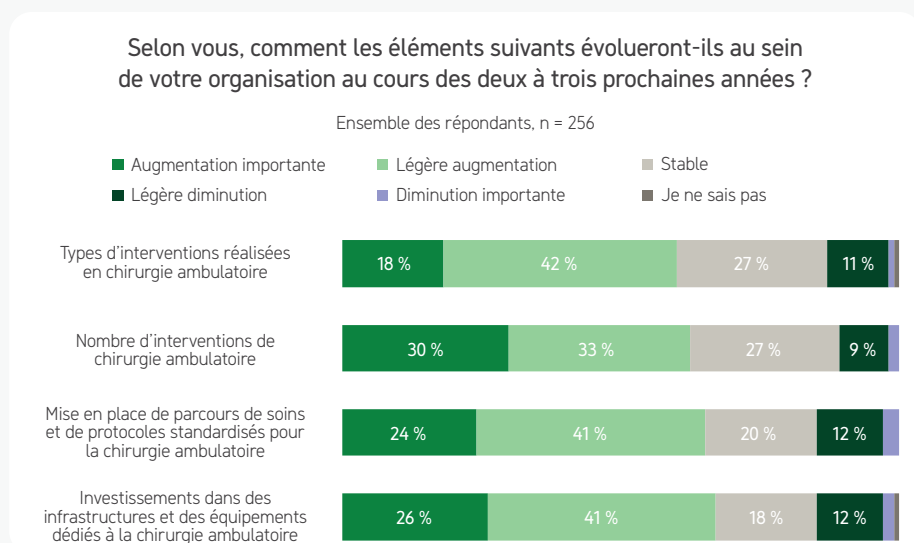
Concrètement, cela signifie :²²



- 1. Donner la priorité aux interventions à haut volume afin de développer de véritables parcours de soins en chirurgie ambulatoire et de libérer rapidement des capacités supplémentaires**
- 2. Transformer les interventions susceptibles d'être réalisées en ambulatoire en véritables interventions de chirurgie ambulatoire en repensant les parcours de soins, en mettant en place des protocoles standardisés et en soutenant leur mise en œuvre**
- 3. Développer une expertise ciblée pour les interventions nouvelles et plus complexes afin que celles-ci puissent être réalisées en chirurgie ambulatoire lorsque cela est cliniquement approprié**

Les possibilités de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire ne se limitent plus aux interventions dites « mineures ». Des opérations plus complexes et un éventail plus large de patients sont de plus en plus souvent considérés comme aptes à bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire. L'enquête montre que les répondants perçoivent encore un potentiel de croissance important (potentiel inexploité ou potentiel inexploité considérable, voire potentiel inexploité considérable), non seulement dans les spécialités traditionnelles à haut volume, mais aussi en orthopédie (77 %, 34 %), en cardiologie (70 %, 32 %), en urologie (72 %, 27 %) et en chirurgie plastique et reconstructrice (79 %, 34 %)¹⁴. Cela souligne l'ampleur que pourrait prendre la prochaine phase de développement de la chirurgie ambulatoire. Les résultats indiquent qu'il subsiste un potentiel considérable pour concrétiser davantage les gains de capacité que la chirurgie ambulatoire peut offrir aux hôpitaux.

Figure 3



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censurwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : ensemble des répondants (n = 256).

Considérations relatives à la qualité, à la sécurité et à l'équité

La sécurité

La sécurité des patients doit être au cœur de tous les efforts visant à accroître la part de la chirurgie ambulatoire. Contrairement à la chirurgie avec hospitalisation conventionnelle, la chirurgie ambulatoire implique qu'une plus grande partie de la récupération du patient se déroule à domicile, en dehors de la surveillance directe des professionnels de santé^{1,34}. Cela soulève des questions importantes quant aux interventions qui se prêtent à la chirurgie ambulatoire et aux patients susceptibles de bénéficier de cette approche^{35,36}.

Dans la pratique actuelle, il a été démontré à maintes reprises que la chirurgie ambulatoire est au moins aussi sûre que la chirurgie avec hospitalisation^{16,32,37}. Une étude de référence menée aux États-Unis a montré que, pour 13 des 14 interventions analysées, les interventions réalisées en ambulatoire étaient associées à moins de complications et de réadmissions¹⁶. Il est toutefois important de souligner que ce niveau de sécurité résulte d'une sélection rigoureuse des patients et d'un parcours de soins robuste et spécifiquement conçu pour maximiser les chances d'une intervention sûre, sans complications, ainsi que d'une récupération favorable¹⁶.

Des études examinant les résultats de groupes d'interventions spécifiques permettent de tirer des enseignements intéressants en matière de sécurité des patients. En Angleterre, les résultats des arthroplasties réalisées en chirurgie ambulatoire variaient selon le type d'intervention. Ainsi, l'arthroplastie unicompartmentale du genou semblait sûre lorsqu'elle était réalisée en ambulatoire. L'arthroplastie totale de la hanche s'est révélée globalement sûre, mais a nécessité une phase d'apprentissage : pour les six premières interventions ambulatoires réalisées par chaque unité participant à l'étude, le risque de réadmission était plus élevé. En revanche, l'arthroplastie totale du genou était associée à un risque accru de réintervention, notamment pour une manipulation sous anesthésie destinée à traiter une raideur postopératoire¹³.

Cela montre à quel point il est important d'éviter toute généralisation au sein des catégories d'interventions chirurgicales et d'évaluer le profil de sécurité de chaque intervention individuellement.



La sécurité tout au long du parcours de soins

La sécurité des patients doit être garantie tout au long du parcours de soins, depuis le dépistage et l'évaluation préopératoire jusqu'à la sortie de l'hôpital et à la récupération à domicile.

Tableau 2

Étape du parcours de soins	Pratiques favorisant la sécurité	Risques potentiels
Dépistage et évaluation préopératoire	Évaluation du risque lié au patient, de la complexité de l'intervention, du plan anesthésique, des capacités de l'établissement de soins et du soutien à domicile ^{35,36,38,39}	Sortie le jour même impossible, hospitalisations non planifiées ⁴⁰⁻⁴²
Soins périopératoires	Protocoles de récupération améliorée après chirurgie (ERAS), anesthésie à action rapide, prise en charge de la douleur limitant le recours aux opioïdes, prévention efficace des nausées et vomissements postopératoires (PONV), techniques chirurgicales mini-invasives et mobilisation précoce ^{34,43-45}	Douleur, PONV, retard de mobilisation, récupération prolongée et hospitalisation avec nuitée ^{29,41,46}
Sortie	Critères physiologiques de sortie (et non liés à un délai prédéfini) : fonctions vitales stables, état de vigilance satisfaisant, mobilité adéquate, douleur et nausées bien contrôlées, et pertes sanguines acceptables. Instructions écrites, accompagnement, transport au domicile et soutien durant la première nuit ^{29,34,47,48}	Sortie tardive, sortie non sécurisée et réadmissions évitables ^{40,49}
Récupération à domicile	Procédure claire à suivre en cas de problème, suivi proactif le lendemain de l'intervention, surveillance à distance, évaluation du traitement médicamenteux et suivi des symptômes ^{34,50-52}	Détection tardive d'une aggravation de l'état du patient, symptômes non traités, erreurs médicamenteuses et recours aux soins d'urgence ^{40,51}
Gouvernance et suivi de la qualité	Suivi régulier des hospitalisations non planifiées, des réadmissions à l'hôpital, des complications, des échecs de sortie le jour même, de la récupération rapportée par les patients et des variations entre les pratiques ^{6,7,16,53}	Variations évitables entre les pratiques et les contextes de soins, occasions manquées d'amélioration ^{16,40}



Dr Francesco Venneri

Directeur du Centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de la Région Toscane, Italie¹⁵

Une méta-analyse menée auprès de patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil a montré que la chirurgie ambulatoire pouvait être réalisée en toute sécurité grâce à un dépistage actif, au respect de protocoles de prise en charge périopératoire fondés sur des algorithmes et à une vigilance accrue après l'intervention⁴².

Dépistage et évaluation préopératoire

“ Il existe un risque que la complexité de l'état du patient soit sous-estimée. Un patient pourrait ainsi être considéré comme apte à bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire alors qu'il présente, en réalité, des facteurs de risque sous-jacents qui n'ont pas été pleinement identifiés.”

La sécurité des patients en chirurgie ambulatoire commence par l'évaluation de leur aptitude à bénéficier de cette prise en charge. Dans de nombreux systèmes de santé, les critères fixes de sélection des patients ont été abandonnés au profit d'une évaluation individualisée, tenant compte des comorbidités, du caractère invasif de l'intervention, de la technique d'anesthésie, de l'environnement de soins ainsi que du soutien social et de la situation à domicile³⁵. Pour déterminer si un patient est apte à bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, il ne suffit pas d'évaluer sa capacité physiologique à supporter l'intervention. Il convient également de prendre en compte des facteurs contextuels – tels que le soutien dont il dispose, son environnement de vie, la distance qui le sépare de l'hôpital et son niveau de littératie en santé – susceptibles d'influencer sa capacité à suivre son plan de récupération en toute sécurité^{36,38}.

La littérature identifie plusieurs facteurs de risque physiologiques fréquemment associés à un risque accru d'hospitalisation ou de réadmission après la sortie de l'hôpital. Parmi eux figurent l'âge avancé, l'obésité, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'apnée obstructive du sommeil, la fragilité et une charge importante de comorbidités^{37,40-42,54}. Ces facteurs de risque n'excluent pas nécessairement les patients de la chirurgie ambulatoire^{37,55}, mais peuvent nécessiter une attention particulière et des mesures de prise en charge supplémentaires.

Outre l'aptitude physique du patient, la littérature identifie plusieurs aspects liés à l'aptitude sociale qui déterminent si un patient peut bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Parmi ceux-ci figurent la proximité des soins, la disponibilité des moyens de transport et la présence d'un soutien à domicile^{29,34,35,48}. Ainsi, le programme anglais « Getting It Right First Time » recommande que les patients résident à moins d'une heure de trajet d'un hôpital capable de fournir les soins nécessaires en cas de complication. Lorsque ce n'est pas le cas, il peut être indiqué que les patients passent leur première nuit dans un hôtel situé à proximité avant de regagner leur domicile⁵⁵. Ces éléments constituent des garanties essentielles pour la sécurité des patients et méritent autant d'attention que leur aptitude physique.

Conception des parcours de soins périopératoires

Une fois les patients soigneusement sélectionnés, le parcours de soins périopératoire constitue l'étape suivante essentielle pour garantir la sécurité des patients. Dans la littérature analysée, les protocoles ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sont fréquemment cités comme une stratégie majeure pour renforcer la sécurité des patients^{34,43,44}. Les principaux éléments des protocoles ERAS comprennent l'information préopératoire des patients, l'optimisation de la nutrition (notamment par une limitation du jeûne) et de l'hydratation, une anesthésie à récupération rapide, une prise en charge de la douleur limitant le recours aux opioïdes, la prévention des nausées et vomissements postopératoires (PONV), une gestion optimale des fluides, le recours à des techniques chirurgicales mini-invasives lorsque cela est possible, ainsi qu'une mobilisation précoce^{34,43,44}. Une étude a montré que la formation continue du personnel et un retour d'information régulier amélioraient l'adhésion à ces protocoles et, par conséquent, les résultats pour les patients⁴⁵.

Sortie

La littérature recommande de manière constante de privilégier des protocoles de sortie fondés sur des critères physiologiques plutôt que sur des délais prédéfinis^{34,47}. Au lieu d'autoriser la sortie des patients après une période déterminée à l'avance, il convient de les évaluer au moyen d'une liste de contrôle reposant sur des critères physiologiques tels que la stabilité des fonctions vitales, l'état de vigilance, la mobilité ainsi qu'un bon contrôle de la douleur et des nausées³⁴. Ces critères indiquent que le patient peut poursuivre sa récupération en toute sécurité et prendre soin de lui-même à domicile. Les critères fonctionnels de sortie peuvent varier selon les spécialités^{29,48}, afin de tenir compte des caractéristiques propres aux différentes interventions.

Récupération et suivi à domicile



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Médecin-chef du département de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Amager et Hvidovre, Danemark⁵⁶

“ Nous devons veiller à ce que les patients sachent vers qui se tourner en cas de problème après leur intervention. S'ils se sentent en sécurité et savent qu'ils peuvent contacter quelqu'un en cas de besoin, c'est ce qui compte le plus à leurs yeux.”

L'accent mis sur la récupération à domicile est l'une des caractéristiques essentielles de la chirurgie ambulatoire^{34,35}. Cela renforce le rôle et la responsabilité du patient dans son processus de récupération. Les patients et leurs proches sont davantage impliqués dans la gestion des symptômes, l'autoprise en charge et l'évaluation du moment où il convient de solliciter une aide médicale^{9,57,58}. Bien que de nombreux risques pour la sécurité puissent être atténués grâce à une sélection rigoureuse des patients^{36,38,59}, les problèmes survenant dans le parcours de soins ambulatoires demeurent plus fréquents après la sortie de l'hôpital que pendant l'intervention elle-même⁴⁰. Dans une étude américaine, 4,8 % des interventions réalisées en ambulatoire ont donné lieu à une réadmission. L'âge avancé, les comorbidités et certains types d'interventions se sont révélés associés à un risque accru de réadmission⁴⁰.

Une étude américaine a montré que de nombreuses interventions ambulatoires considérées comme peu invasives n'étaient pas incluses dans les programmes de surveillance systématique des infections du site opératoire, alors même qu'elles étaient associées à une charge importante d'infections⁶¹.

La douleur postopératoire et les saignements figurent parmi les raisons les plus fréquentes pour lesquelles les patients ont besoin de soins supplémentaires ou retournent à l'hôpital après une intervention réalisée en chirurgie ambulatoire⁴¹. Cela souligne l'importance d'une prise en charge adéquate de ces symptômes avant la sortie^{43,44}. Les infections postopératoires du site opératoire constituent une autre préoccupation majeure, car elles nécessitent presque toujours une réadmission : **93 % des patients présentant une infection du site opératoire doivent être réadmis à l'hôpital⁶⁰.**

Les données probantes en faveur de l'utilisation d'outils numériques de suivi des symptômes chez les patients en récupération à domicile après une intervention sont de plus en plus nombreuses. Dans une étude portant sur la chirurgie oncologique ambulatoire, le signalement numérique des symptômes, associé à un suivi infirmier, a permis de réduire le nombre de passages aux urgences potentiellement évitables⁵². Une autre étude consacrée aux soins virtuels avec surveillance automatisée à distance a montré des améliorations dans la détection des erreurs médicamenteuses et dans la prise en charge de la douleur⁵¹.

L'équité



Dr Shaan Chhabra

Responsable de la transformation
et de l'amélioration des processus,
Newham Hospital, Barts Health
NHS Trust, Royaume-Uni¹⁵

“ L'égalité ne concerne pas seulement l'accès aux soins, mais aussi l'exclusion. Les patients peuvent être exclus pour diverses raisons et dans différentes circonstances. Certains ont du mal à s'y retrouver dans le système de santé, sont confrontés à des barrières linguistiques ou ne disposent pas de moyen de transport. D'autres ne sont pas en mesure de se rétablir en toute sécurité chez eux, et nous devons également en tenir compte.”

Les inégalités de santé sont omniprésentes dans l'ensemble des domaines des soins de santé, y compris en chirurgie ambulatoire. Elles se manifestent notamment au moment de la sortie après une intervention, où une faible littératie en santé, un manque de moyens de transport et des conditions de vie à domicile moins favorables peuvent constituer d'importants obstacles⁹.



La littérature a mis en évidence plusieurs domaines dans lesquels les inégalités de santé jouent un rôle :

Tableau 3

Problématique des inégalités	Constats issus de la littérature	Analyse des implications
Géographie et précarité socio-économique	Aux États-Unis, les nouveaux centres de chirurgie ambulatoire ont davantage tendance à être implantés dans des comtés disposant de davantage de ressources et présentant une moindre précarité socio-économique ¹⁸ .	En l'absence d'interventions ciblées, le développement des capacités risque de se concentrer là où les rendements sont les plus élevés plutôt que là où les besoins en soins sont les plus importants.
Origine ethnique et appartenance raciale	Après le retrait de l'arthroplastie totale de la hanche de la liste Medicare des interventions réalisées exclusivement en hospitalisation, la hausse du nombre d'arthroplasties totales de la hanche réalisées en ambulatoire a principalement concerné les patients blancs ⁶² .	Le développement de la chirurgie ambulatoire peut accentuer les inégalités de santé si les obstacles à l'accès aux soins ne sont pas pris en compte.
Revenu	Une étude américaine portant sur le développement des soins ambulatoires après la pandémie a montré que la reprise du volume d'interventions était moins marquée dans les zones à plus faibles revenus ⁶³ .	Les bénéfices liés au développement de la chirurgie ambulatoire et au redressement du système de santé risquent d'être inégalement répartis.
Statut d'assurance et secteur des soins de santé	En Espagne, les patients bénéficiant d'une assurance maladie publique étaient beaucoup plus susceptibles de subir une cure de hernie inguinale en chirurgie ambulatoire que les patients disposant d'une assurance privée ou ceux qui finançaient eux-mêmes leurs soins ¹² .	Les incitations financières destinées aux prestataires de soins et les modèles économiques influencent l'accès aux parcours de soins en chirurgie ambulatoire.
Soutien familial et soutien à domicile	Les patients disposant de peu de soutien à domicile peuvent rencontrer davantage de difficultés après une intervention réalisée en chirurgie ambulatoire ⁹ .	Les facteurs sociaux jouent un rôle important : l'aptitude clinique ne suffit pas en l'absence d'un environnement de récupération adapté à domicile.
Accès numérique	L'utilisation des solutions numériques varie selon les groupes de population et peut accentuer les inégalités de santé lorsque les outils de soutien numériques deviennent la norme ⁶⁴ .	Des alternatives non numériques de qualité doivent continuer à être proposées parallèlement aux innovations numériques.

Récupération à domicile



Dr Francesco Venneri

Directeur du Centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de la Région Toscane, Italie¹⁵

“

Qui assurera la prise en charge du patient après sa sortie, en particulier lorsqu'il n'a pas de famille, vit en maison de repos ou réside dans un logement communautaire ? Tous ces éléments doivent être pris en considération, car l'environnement dans lequel le patient retourne après l'intervention peut avoir une influence importante sur le résultat du traitement.”

Les inégalités de santé influencent à la fois l'accès aux soins et les résultats après une intervention^{62,65}, la récupération à domicile constituant l'un des principaux facteurs contribuant à ces inégalités dans le contexte de la chirurgie ambulatoire^{9,57,58}.

Étant donné que la chirurgie ambulatoire transfère une part importante des soins postopératoires au domicile du patient^{9,57}, celui-ci doit assumer lui-même certaines responsabilités, telles que le suivi des symptômes, la gestion de la douleur et des problèmes de mobilité, ainsi que l'évaluation du moment où il est nécessaire de solliciter une aide médicale. Les patients qui ne disposent pas d'un solide réseau de soutien – une situation que l'on retrouve dans différents groupes de population – ont souvent davantage de difficultés à répondre à ces attentes⁹. Il existe en outre un risque que les attentes des patients à l'égard de la chirurgie ambulatoire, ainsi que la manière dont celle-ci est présentée par les professionnels de santé, renforcent ce problème. Les patients abordent souvent une intervention de chirurgie ambulatoire en s'attendant à une récupération relativement limitée, avant d'être confrontés à une récupération qui peut s'avérer plus douloureuse et plus exigeante qu'ils ne l'avaient anticipé⁵⁷.

Une étude qualitative basée sur des entretiens réalisés en orthopédie a mis en évidence toute une série d'émotions négatives que les patients peuvent ressentir après une intervention. Les patients ont indiqué se sentir seuls, incertains quant à l'évolution de leur récupération et dépendants de leurs proches pour les soins personnels et d'autres activités de la vie quotidienne⁵⁸. De nombreux patients ressentaient le besoin d'être rassurés par les infirmiers, mais hésitaient à contacter l'hôpital par crainte de déranger⁵⁸. Dès lors, le suivi téléphonique systématique constitue un moyen important d'offrir aux patients vulnérables une occasion simple et accessible de poser des questions qu'ils auraient autrement pu garder pour eux⁶⁶.

Dans ce contexte, les patients qui vivent seuls et ne peuvent compter sur un soutien familial fiable sont les plus vulnérables aux problèmes pouvant survenir durant la période de récupération postopératoire^{9,57}.





Communication en santé et inégalités sociales de santé



Dr Francesco Venneri

Directeur du Centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de la Région Toscane, Italie⁵

“

Il existe des barrières linguistiques, liées non seulement aux différences de langue, mais aussi aux dialectes et aux écarts de niveau d'instruction. Les patients ne comprennent pas toujours pleinement la terminologie médicale que nous utilisons, ce qui peut influencer leur capacité à suivre les recommandations ou à participer activement à leur prise en charge. Il est donc essentiel de communiquer les informations de façon simple et compréhensible, sans recourir excessivement au jargon médical.”

La capacité à comprendre et à assimiler les informations relatives à la santé constitue également une dimension importante des inégalités de santé dans le contexte de la chirurgie ambulatoire. La communication autour de la chirurgie ambulatoire est souvent concise et a lieu dans un contexte de contraintes de temps, avant ou après l'intervention, lorsque les patients sont pressés, anxieux ou encore sous l'effet de l'anesthésie^{9,67,68}.

Dans la littérature anglophone, une maîtrise limitée de l'anglais est souvent associée à des résultats de soins moins favorables, en particulier dans certaines étapes du parcours de soins, comme^{67,69} la compréhension du consentement éclairé et des consignes de sortie⁶⁸. Cela peut avoir des conséquences concrètes : les patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais bénéficient souvent d'une moins bonne prise en charge de la douleur lorsqu'aucun interprète n'est présent lors de la sortie de l'hôpital⁶⁸.

Lorsque la communication est insuffisante, les patients peuvent certes sembler cliniquement stables au moment de leur sortie, sans pour autant comprendre suffisamment comment poursuivre leur récupération en toute sécurité à domicile⁶⁹.

La littératie en santé constitue un autre domaine dans lequel des inégalités peuvent se manifester. Un niveau élevé de littératie en santé est un déterminant important de la qualité de la récupération après une chirurgie ambulatoire⁷⁰. Dans le même temps, les interventions visant à améliorer la littératie en santé dans le domaine des soins chirurgicaux restent rares, hétérogènes et peu étudiées dans la littérature⁷¹. Cela met en évidence un décalage entre les besoins des patients et les pratiques actuelles.

Les infirmiers jouent un rôle crucial dans la communication avec les patients pendant et après une intervention. Grâce à leur contact direct avec les patients, ils constituent une source essentielle de soutien et d'accompagnement pour ces derniers.



Daniela Matos

Infirmière en chef au Centre de santé local de Santo António, Portugal¹⁵

“ Au Portugal, le nombre d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire a considérablement augmenté depuis l'introduction de ce modèle en 2008. Nous réalisons une évaluation préopératoire très approfondie, par téléphone ou, de plus en plus souvent, par voie numérique. À chaque étape du parcours, une interaction a lieu avec le patient : celui-ci reçoit des informations ou en transmet lui-même.

Après l'évaluation préopératoire, le chirurgien détermine avec le patient si l'intervention est adaptée. Le patient rencontre ensuite l'anesthésiste et un infirmier ou une infirmière, après quoi la date de l'intervention est fixée. Lorsqu'il quitte la consultation, il connaît déjà la date de son opération. Par la suite, d'autres consultations en ligne avec l'équipe infirmière sont organisées afin de vérifier que tout se déroule comme prévu.

Dès votre arrivée au centre de chirurgie ambulatoire, vous êtes installé directement dans un lit ou un fauteuil de préopératoire. Nous veillons à ce que tous les critères soient rigoureusement respectés, notamment au moyen de questions obligatoires portant sur la littératie en santé et sur la présence d'un accompagnant responsable. Un numéro de téléphone et une application restent disponibles à tout moment, afin que les patients puissent nous contacter tout au long du parcours et y participer activement.”

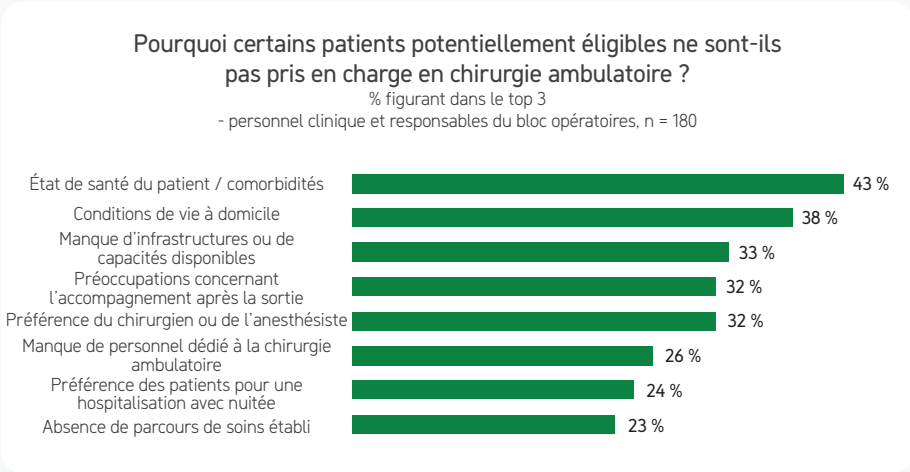


Obstacles au changement d'échelle

Les obstacles à l'adoption de la chirurgie ambulatoire comme modèle de référence sont multiples et peuvent varier selon les pays, les spécialités et les parcours de soins.

Les résultats de l'enquête le confirment clairement : les répondants ont cité une combinaison de facteurs cliniques, organisationnels, liés au personnel et liés aux patients pour expliquer pourquoi certains patients pourtant éligibles ne bénéficient pas d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire¹⁴. Aucun obstacle ne s'est nettement dégagé, ce qui suggère que le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite des solutions systémiques plutôt que des interventions isolées¹⁴.

Figure 4



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censuwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : Personnel clinique et responsables du bloc opératoire, n = 180





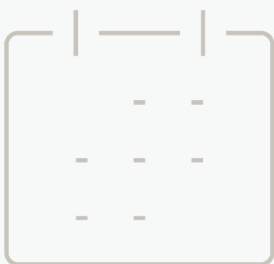
Obstacles opérationnels et organisationnels

Infrastructure dédiée et capacité réservée aux soins programmés

La littérature et les témoignages des parties prenantes recueillis lors de nos entretiens montrent de manière constante qu'il existe une concurrence entre, d'une part, les soins programmés et la chirurgie ambulatoire et, d'autre part, les soins d'urgence, pour l'accès aux blocs opératoires, aux lits, aux capacités de salle de réveil et à la disponibilité du personnel. Dans l'enquête, 28 % des répondants ont indiqué que des interventions pouvant être réalisées en toute sécurité en chirurgie ambulatoire sont souvent, voire toujours, pratiquées avec hospitalisation¹⁴. Cela constitue un obstacle pratique majeur, en particulier dans les services où le taux d'utilisation des blocs opératoires est très élevé. Lorsque la chirurgie ambulatoire s'appuie sur les mêmes infrastructures, les mêmes ressources en personnel et les mêmes circuits de prise en charge que les soins avec hospitalisation et les soins d'urgence, il existe un risque qu'elle soit évincée, annulée ou qu'elle conduise finalement à une hospitalisation avec nuitée^{3,29}. Cela compromet la fiabilité du parcours de soins et la confiance des professionnels de santé dans la chirurgie ambulatoire.

Les systèmes de santé les plus performants protègent donc la capacité dédiée à la chirurgie ambulatoire en s'appuyant, lorsque cela est possible, sur des centres spécialisés en soins ambulatoires ou en chirurgie ambulatoire, ou sur une « séparation virtuelle », par exemple au moyen de plages opératoires réservées, de capacités dédiées à la récupération et à la sortie, ainsi que de circuits de prise en charge clairement définis lorsqu'une séparation complète n'est pas possible. Cette réalité ressort également de l'enquête : 33 % des répondants ont indiqué que certains patients potentiellement éligibles ne sont pas pris en charge en chirurgie ambulatoire en raison de l'absence d'une structure adaptée ou d'une capacité suffisante en chirurgie ambulatoire. Dans les pays scandinaves, cette proportion était encore plus élevée (42 %), ce qui suggère que même des systèmes de santé relativement matures peuvent être confrontés à des contraintes pratiques de capacité¹⁴.

Au Royaume-Uni, la mise en place, lorsque cela est possible, de centres spécialisés dans les soins programmés à haut volume et à faible complexité, ainsi que la séparation des sites chirurgicaux « chauds » et « froids »⁷², ont constitué des facteurs importants dans l'atteinte de certains des taux de chirurgie ambulatoire les plus élevés au monde. Aux États-Unis⁷³ et au Canada⁷⁴, il existe également des centres spécialisés en chirurgie ambulatoire exclusivement dédiés aux interventions réalisées en ambulatoire. Les répondants du Royaume-Uni ont par ailleurs cité plus fréquemment que la moyenne les préoccupations liées au soutien après la sortie comme raison expliquant pourquoi certaines interventions ne sont pas réalisées en chirurgie ambulatoire (49 %, contre 32 % pour l'ensemble des répondants). Cela suggère que l'infrastructure seule ne suffit pas et qu'elle doit être complétée par des parcours de récupération et de suivi tout aussi solides en dehors de l'hôpital.





Cette revue a montré que la composition de l'offre de soins, le volume des interventions et l'infrastructure contribuaient tous aux différences observées dans la part de la chirurgie ambulatoire, ce qui indique que l'organisation de l'hôpital constitue un déterminant important du recours à la chirurgie ambulatoire¹¹.

Priorités de gestion et capacité à conduire le changement

L'un des principaux obstacles à la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire mis en évidence lors des entretiens est le manque de priorité accordée à cette activité au niveau organisationnel, ainsi que l'absence de parcours de soins standardisés spécifiquement conçus pour la chirurgie ambulatoire.

Nos entretiens montrent que les établissements de santé qui parviennent à maximiser systématiquement la chirurgie ambulatoire en font généralement une priorité stratégique. Cela se traduit par des responsabilités clairement définies, des étapes de mise en œuvre concrètes et une bonne coordination entre la planification, l'évaluation préopératoire, les blocs opératoires, les unités de soins, la salle de réveil, les processus de sortie, les achats et les équipes chargées des données. Toutefois, sous l'effet des contraintes opérationnelles, le développement des soins programmés en chirurgie ambulatoire peut stagner lorsque l'attention et les ressources de la direction sont mobilisées ailleurs, ou lorsque les responsables hésitent à intervenir dans ce qui est perçu comme relevant du « domaine clinique ».

Lors des réunions du conseil consultatif, nous avons entendu que les projets les plus réussis répondent à ce défi en mettant en place une gouvernance clinique et opérationnelle conjointe, assortie de responsabilités décisionnelles clairement définies et de solides capacités en matière de gestion de projet et de conduite du changement. Le suivi régulier, les mécanismes de retour d'information et la résolution des problèmes jouent un rôle essentiel, tant au niveau de la programmation opératoire que des parcours de soins. L'enquête a par ailleurs mis en évidence des préoccupations concernant le manque de rigueur opérationnelle dans l'application des pratiques. Les répondants ont fréquemment mentionné des obstacles évitables liés aux processus, tels que les préférences des cliniciens, un accès limité aux programmes opératoires et des préoccupations liées aux circuits de prise en charge en cas de complication, en plus des lacunes en matière d'infrastructure¹⁴.

En Europe, l'Allemagne a été relativement tardive dans l'adoption de la chirurgie ambulatoire, même si des réformes récentes ont contribué à en accroître la part. Cette situation est particulièrement frappante par comparaison avec d'autres systèmes de santé performants. Dans la littérature, les taux historiquement plus faibles de chirurgie ambulatoire en Allemagne sont souvent attribués à des incitations financières favorisant l'hospitalisation⁴. Une revue à méthodes mixtes a toutefois montré qu'il existait des variations importantes dans le recours à la chirurgie ambulatoire, y compris entre des hôpitaux opérant dans le même système de financement¹¹.

Un défi particulier se pose lorsque la chirurgie ambulatoire et la chirurgie avec hospitalisation sont organisées sur un même site. Lorsque ces deux parcours de soins doivent se partager les mêmes ressources, le même personnel et les mêmes infrastructures, les hôpitaux peinent à maintenir la chirurgie ambulatoire comme option de référence³. Plusieurs pays affichant de bons résultats, dont les États-Unis, s'appuient sur des centres spécialisés en chirurgie ambulatoire exclusivement dédiés aux interventions réalisées en ambulatoire, ce qui permet d'éviter ces difficultés.

En substance, lorsque les processus du bloc opératoire, les protocoles de soins, le transport des patients et la culture organisationnelle restent alignés sur un modèle de soins avec hospitalisation, la chirurgie ambulatoire ne peut pas réaliser tout son potentiel.

Incitations financières mal alignées

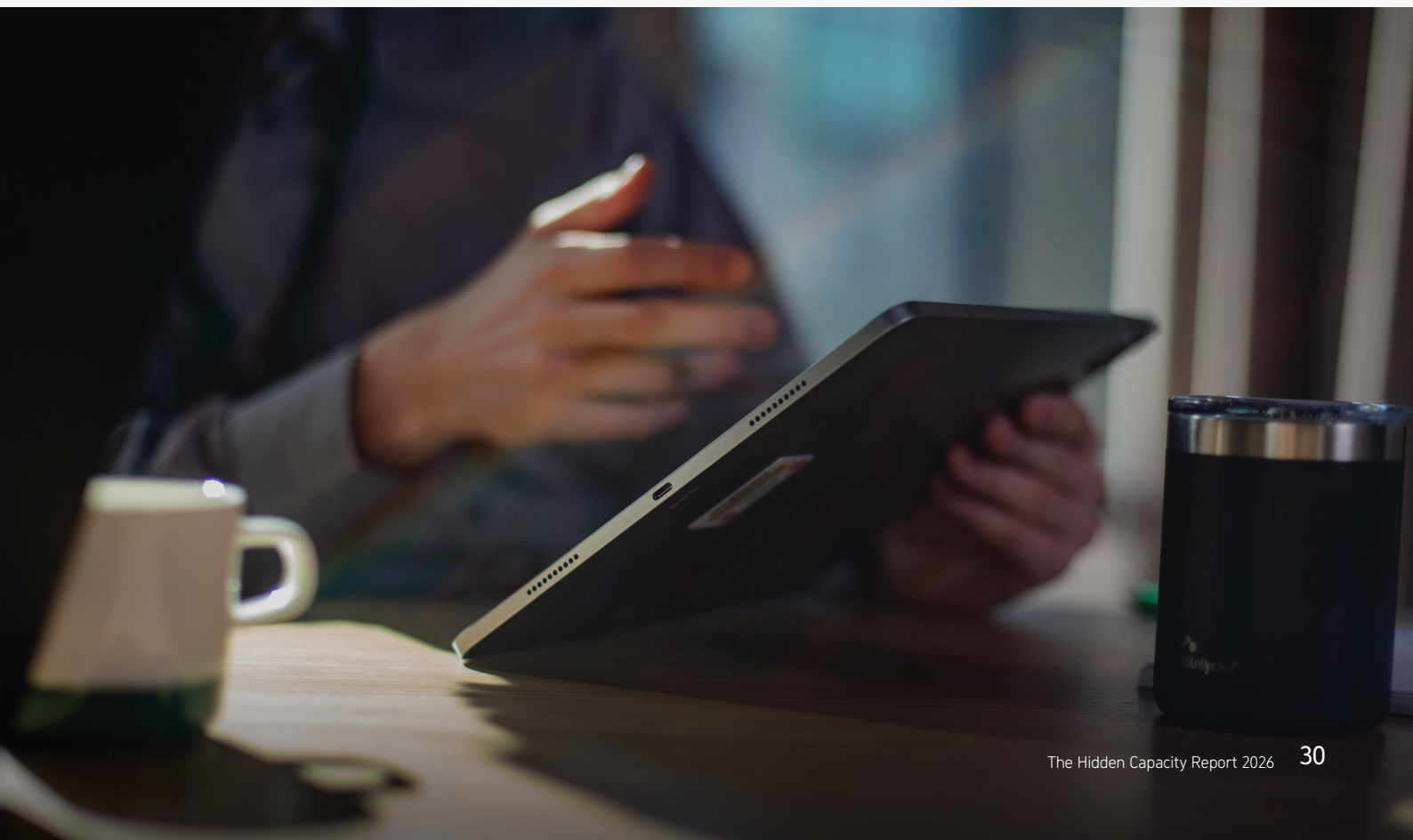
Des incitations financières mal alignées peuvent constituer un obstacle persistant au développement de la chirurgie ambulatoire dans les pays où de telles incitations existent⁴.

Une comparaison des taux de chirurgie ambulatoire dans 13 pays de l'OCDE a montré que les trois pays qui présentaient des performances relativement faibles au moment de l'analyse (l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse) étaient confrontés à des incitations financières mal alignées⁴. En Autriche, tant les mécanismes de financement que les organismes financeurs de la chirurgie ambulatoire différaient de ceux de la chirurgie avec hospitalisation, ce qui constituait un obstacle majeur au transfert des soins vers un cadre ambulatoire⁴.

En Allemagne, la séparation institutionnelle profondément ancrée entre les soins ambulatoires dispensés par des prestataires indépendants et les soins hospitaliers faisait que les hôpitaux pratiquant la chirurgie ambulatoire étaient rémunérés sur la base de tarifs conçus pour les cabinets privés. Par conséquent, leurs coûts fixes plus élevés n'étaient pas suffisamment couverts. En Suisse, dans le cadre d'un système de financement fondé sur les groupes homogènes de malades (DRG), la chirurgie ambulatoire pouvait même entraîner une diminution de la rémunération des hôpitaux au lieu de générer des économies. Il en résultait une incitation financière contre-productive qui freinait le développement de la chirurgie ambulatoire⁴.

Outre l'organisation opérationnelle et l'infrastructure nécessaires à la chirurgie ambulatoire, des incitations financières mal alignées peuvent constituer un obstacle structurel majeur à la transition de la chirurgie avec hospitalisation vers la chirurgie ambulatoire, dans la mesure où elles continuent à favoriser, involontairement, une forme de chirurgie moins efficiente⁴.

Même dans les pays où les incitations financières sont bien alignées, l'absence de financement et de capacités dédiés à la chirurgie ambulatoire peut entraîner une réaffectation des ressources vers la chirurgie avec hospitalisation, celle-ci demeurant la forme de prise en charge la plus solidement établie¹¹.



Différences cliniques et culturelles entre les équipes



Professeur Jaideep Pandit

Président du panel d'experts et professeur
d'anesthésiologie à l'Université d'Oxford,
Royaume-Uni¹⁵

“

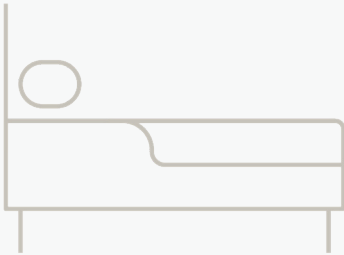
La formation chirurgicale elle-même peut constituer un obstacle. Les chirurgiens apprennent souvent que certaines interventions s'accompagnent d'une hospitalisation, pour des raisons parfois valables, parfois moins. Ils peuvent dès lors se montrer réticents à passer de la chirurgie avec hospitalisation à la chirurgie ambulatoire – qu'il s'agisse de facteurs psychologiques, d'habitudes, d'inertie ou des conséquences d'une expérience négative.”

Plusieurs études montrent que les variations des pratiques cliniques locales au sein des systèmes de santé peuvent constituer un défi majeur. Ainsi, en Irlande, en 2019, la proportion de cholécystectomies laparoscopiques réalisées en chirurgie ambulatoire variait de 0 % à plus de 90 % selon les hôpitaux, les différences entre les équipes chirurgicales expliquant une grande partie de cette variation¹⁰. Aux États-Unis également, d'importantes variations inexpliquées persistent entre les établissements, même après prise en compte des facteurs liés aux patients. Ce phénomène était particulièrement marqué dans la chirurgie mammaire, la chirurgie endocrinienne et la cure de hernie inguinale¹⁶.

De plus, notre enquête a révélé que 44 % des répondants considèrent la chirurgie ambulatoire comme un domaine d'activité « stimulant et de grande qualité », tandis que 31 % la perçoivent encore comme « moins prestigieuse » que la chirurgie avec hospitalisation¹⁴.

En résumé, ce rapport met en évidence une tension importante entre des politiques définies de manière descendante (top-down) et une culture ascendante portée par les médecins spécialistes. Cette tension doit être surmontée afin de tirer pleinement parti des avantages de la chirurgie ambulatoire. Outre les mesures visant à poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, il est également nécessaire d'élaborer des normes communes de pratique clinique. Il importe par ailleurs d'identifier, au sein des systèmes de santé, les exemples de bonnes pratiques cliniques et d'en favoriser une diffusion plus large, l'innovation étant souvent portée, à ses débuts, par des cliniciens et des équipes chirurgicales pionniers.

Obstacles pour les patients



Bien que la chirurgie ambulatoire soit largement acceptée par les patients dans de nombreux pays et que la récupération à domicile soit souvent préférée à une hospitalisation, il reste important d'accorder une attention particulière à l'expérience des patients, d'autant plus que la chirurgie ambulatoire transfère une part croissante du processus de récupération de l'hôpital vers le domicile¹. Même des interventions relativement mineures peuvent s'accompagner de douleurs, de nausées et de fatigue. C'est pourquoi les systèmes de santé doivent disposer de mécanismes robustes permettant d'aligner les attentes des patients sur la réalité de leur parcours de soins, de mettre en œuvre des protocoles de récupération améliorée après chirurgie et d'assurer un suivi à domicile. À mesure que les possibilités offertes par la chirurgie ambulatoire continuent de s'élargir, il est essentiel que l'expérience des patients demeure au cœur des préoccupations.

Il s'agit de l'un des constats les plus marquants de l'enquête. L'état de santé du patient, les comorbidités ou la complexité de l'intervention ont été les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer pourquoi certaines interventions ne sont pas réalisées en chirurgie ambulatoire (43 %). Venaient ensuite les facteurs liés à la situation à domicile du patient, tels que le fait de vivre seul, la distance par rapport à l'hôpital ou l'absence de soutien de la part des proches aidants (38 %). Les préoccupations concernant le soutien après la sortie ou la possibilité d'obtenir rapidement de l'aide en cas de complications ont été mentionnées par 32 % des répondants¹⁴.

Par ailleurs, le degré d'acceptation de la chirurgie ambulatoire varie d'un pays à l'autre. Dans certains pays, comme le Japon, les séjours hospitaliers prolongés sont culturellement considérés comme la norme⁷⁶. Dès lors, la chirurgie ambulatoire peut parfois aller à l'encontre des attentes des patients.

L'enquête met également en évidence des différences de culture et de maturité organisationnelle entre les systèmes de santé. Les répondants du Royaume-Uni ont surtout mis l'accent sur la sécurité de la sortie et le soutien durant la récupération à domicile, tandis que ceux des pays scandinaves ont plus souvent évoqué les contraintes liées aux capacités et aux infrastructures disponibles. Cela suggère que les obstacles évoluent à mesure que les systèmes de santé gagnent en maturité. Les systèmes de santé les moins matures devront peut-être d'abord renforcer leurs capacités, tandis que les systèmes plus avancés pourront se concentrer davantage sur la confiance des patients, la qualité de la sortie et la fiabilité des parcours de soins¹⁴.



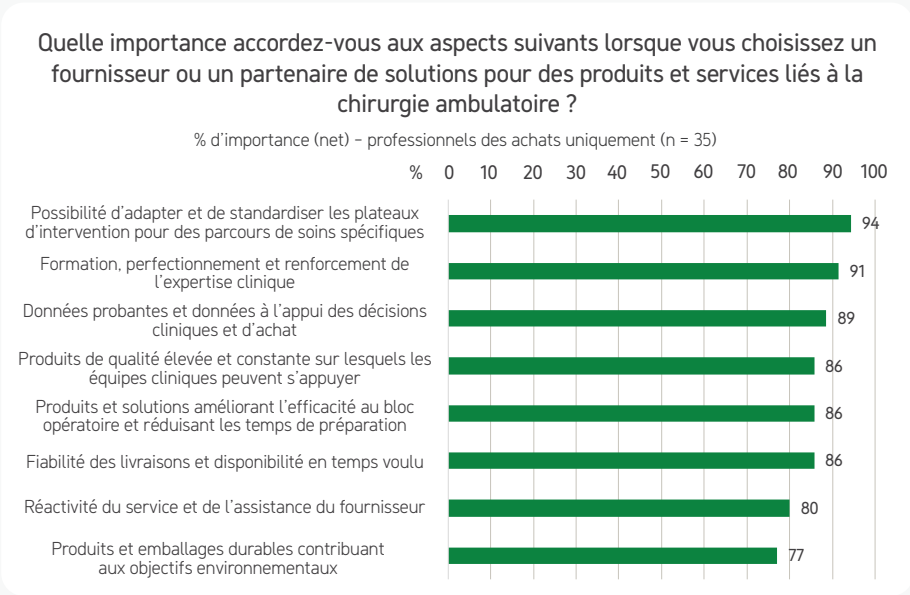
Facteurs favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire

Dans les pays les plus performants, les taux élevés de chirurgie ambulatoire résultent d’une volonté politique claire de développer cette pratique, d’incitations financières bien alignées et d’une forte adhésion aux meilleures pratiques cliniques dans la pratique quotidienne.

Cela se traduit par des parcours de soins hautement standardisés, des capacités protégées et l’attente que les interventions cliniquement adaptées soient réalisées par défaut en chirurgie ambulatoire. Ces pays se fixent généralement des objectifs ambitieux en matière de chirurgie ambulatoire et s’efforcent en permanence d’élargir le nombre d’interventions et de groupes de patients pouvant bénéficier d’une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Les résultats de l’enquête étayaient fortement ce point de vue. Les répondants ont cité une combinaison d’interventions portant sur les parcours de soins, les infrastructures, les technologies et l’implication des patients comme les moyens les plus efficaces d’accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire. Ils soulignent ainsi qu’aucune mesure, à elle seule, ne suffit. En définitive, la fiabilité et la standardisation sont les clés du succès¹⁴.

Figure 5



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censuwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : professionnels des achats répondants, n = 35

Conception du parcours de soins



Avec la transition vers la chirurgie ambulatoire, les systèmes de santé passent d'un modèle de soins chirurgicaux centré sur l'hôpital et fondé sur les lits d'hospitalisation – dans lequel seule une minorité d'interventions est réalisée en chirurgie ambulatoire – à des systèmes chirurgicaux organisés autour des parcours de soins. Dans ce contexte, les activités préopératoires (telles que l'évaluation des risques et le triage numérique) et postopératoires (telles que la mobilisation précoce et le suivi à distance) sont essentielles au bon fonctionnement de ces systèmes¹⁵. Les membres de notre conseil consultatif ont souligné qu'une gestion efficace de l'ensemble du parcours de soins doit aller de pair avec l'évaluation, par les chirurgiens, des nouvelles interventions susceptibles d'être réalisées en chirurgie ambulatoire¹⁵.

Un parcours de soins clairement conçu et explicitement axé sur la sortie le jour même constitue une condition essentielle au développement réussi de la chirurgie ambulatoire. Les résultats de l'enquête apportent un éclairage supplémentaire à cet égard : 27 % des répondants ont cité la standardisation des parcours de soins cliniques et des protocoles de sortie parmi les principaux leviers pratiques permettant d'accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire, tandis que 26 % ont mentionné des programmes de formation spécifiquement destinés au personnel¹⁴.

Il est important que les parcours de soins en chirurgie ambulatoire constituent un flux de patients distinct, indépendant des processus liés à la chirurgie avec hospitalisation³ (et, idéalement, physiquement séparé de cet environnement de soins). Une capacité protégée pour la chirurgie ambulatoire constitue peut-être le signal organisationnel le plus fort indiquant que celle-ci est considérée comme l'approche de référence au sein d'un établissement de santé. Lorsqu'un bâtiment distinct ou une structure dédiée à la chirurgie ambulatoire n'est pas envisageable, cette capacité protégée peut prendre la forme de plages opératoires réservées, de capacités dédiées à la récupération, de ressources spécifiques pour l'évaluation préopératoire et la sortie, ainsi que d'une séparation des flux de soins d'urgence^{3,24}. Il s'agissait de l'une des mesures ayant recueilli le plus de soutien dans notre enquête : 32 % des répondants ont cité les infrastructures spécialement conçues pour la chirurgie ambulatoire ou les centres chirurgicaux spécialisés (« surgical hubs ») comme un levier important pour poursuivre son développement. Cette approche a bénéficié d'un soutien particulièrement marqué en Europe centrale (42 %), ce qui suggère que l'infrastructure demeure un facteur limitant important dans certains pays¹⁴.



Dans l'enquête,

94%

des professionnels des achats ont indiqué que la possibilité d'adapter et de standardiser les trousseaux sur mesure pour des parcours de soins spécifiques constituait un facteur important dans le choix d'un fournisseur ou d'un partenaire de solutions¹⁴.



L'adaptation du matériel et des consommables aux besoins spécifiques semble également constituer un facteur important pour permettre le développement efficace de la chirurgie ambulatoire. Il s'agissait de l'option la mieux classée au sein de ce sous-groupe, ce qui indique que les répondants considèrent les trousseaux sur mesure pour la chirurgie ambulatoire comme un moyen d'améliorer les flux au bloc opératoire, de réduire les retards et de rendre plus fiables les programmes opératoires ambulatoires à haut volume.

La chirurgie ambulatoire exige généralement un degré plus élevé de standardisation et d'application rigoureuse de protocoles que les parcours de soins avec hospitalisation, car elle laisse moins de marge pour gérer les imprévus et offre moins de possibilités de rattraper les retards plus tard dans la journée. C'est pourquoi la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire doit constituer une priorité pour la direction de l'hôpital. Une fois les protocoles nécessaires mis en place, les responsables doivent également veiller à leur application systématique, notamment au moyen de formations, de listes de contrôle, d'audits, de mécanismes de retour d'information et d'une résolution rapide des problèmes. Cela permet de garantir une mise en œuvre cohérente du parcours de soins au sein de l'ensemble des équipes.

Les parcours de soins en chirurgie ambulatoire doivent répondre aux conditions suivantes :^{3,9,11,20,29,55}

- + Protocoles standardisés et prédéfinis
- + Liste clairement définie des interventions appropriées
- + Critères d'inclusion et d'exclusion clairs pour les patients
- + Admissions échelonnées « juste à temps »
- + Préparation des patients et évaluation préopératoire approfondie
- + Mobilisation précoce et critères fonctionnels de sortie (plutôt que des critères de sortie fondés sur un délai prédéfini)
- + Sortie à l'initiative du personnel infirmier
- + Programmation en début de journée des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire
- + Soutien après la sortie
- + Suivi des patients et critères définissant quand une intervention ou un soutien supplémentaire est nécessaire, y compris un accès fiable à une assistance après la sortie
- + Formation continue du personnel et accompagnement de la mise en œuvre

Récupération à domicile

Ce qui se passe à l'hôpital – un dépistage préalable efficace, l'intervention et la sortie – constitue un élément essentiel de la réussite de la chirurgie ambulatoire, mais il en va de même du soutien apporté à une récupération réussie à domicile²⁰.

Lors de la récupération à domicile après une intervention réalisée en chirurgie ambulatoire, la responsabilité de la prise en charge passe de l'équipe clinique de l'hôpital au patient ou à son aidant, ce qui nécessite une transmission claire des informations. Le processus de récupération doit commencer avant même que le patient ne quitte l'hôpital, grâce à une information et une préparation approfondies. Les patients doivent recevoir des consignes à la fois écrites et orales, car les études montrent qu'ils peuvent oublier jusqu'à 80 % des informations communiquées oralement⁷⁴. Il s'agissait de l'intervention pratique la plus fréquemment citée dans l'enquête : 34 % des répondants ont mentionné l'information des patients comme un moyen d'ajuster leurs attentes concernant la chirurgie ambulatoire et la récupération à domicile¹⁴. Cela souligne que la confiance et la préparation du patient sont au moins aussi importantes que l'efficacité des processus de soins au sein de l'hôpital.



**Professeure
Karine Nouette-Gaulain**

Chef du service d'anesthésiologie, de soins intensifs et de médecine périopératoire, Hôpital des Enfants et maternité Aliénor d'Aquitaine, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France⁷⁸

“ Le problème avec la chirurgie ambulatoire, c'est que les patients ont peur de rentrer chez eux. Ils sont inquiets et nous devons souvent les rassurer : « Si quelque chose ne se passe pas comme prévu, vous pourrez simplement passer la nuit ici. » Mais une fois l'intervention terminée, ils sont prêts à rentrer chez eux.”

La chirurgie ambulatoire transférant une part croissante de la récupération vers le domicile, la prévention des infections et les soins des plaies deviennent encore plus importants. Les infections postopératoires sont souvent plus difficiles à détecter précocement à domicile et peuvent survenir lorsque le patient n'est plus sous la surveillance directe de l'équipe chirurgicale⁷⁹. Les parcours de soins doivent dès lors comporter des instructions claires relatives aux soins des plaies, afin que les patients apprennent à distinguer les symptômes attendus des signes pouvant évoquer une complication. Ils doivent également encourager l'utilisation systématique de pansements appropriés et de mesures de prévention des infections^{79,80}. Ces dispositifs doivent s'accompagner de possibilités clairement définies pour obtenir rapidement un avis clinique. Cet aspect est particulièrement important lorsque la chirurgie ambulatoire est étendue à des interventions plus complexes ou à des groupes de patients présentant un risque accru. Il existe également des possibilités d'accompagner les patients dans leur préparation préopératoire afin de réduire le risque d'infection, par exemple en leur recommandant de prendre une douche ou un bain avant l'intervention⁸¹.



David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital
Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery
Ancien président de la British Association of Day Surgery

“ Chaque fois que nous avons évalué les résultats rapportés par les patients, nous avons constaté que, dans l'ensemble, nos patients – probablement dans plus de 95 % des cas – préfèrent la chirurgie ambulatoire. Ils préfèrent généralement poursuivre leur récupération dans le confort de leur propre domicile.”



Les patients doivent également comprendre la différence entre les gênes postopératoires normales et les complications graves⁷⁹. Ils doivent en outre disposer d'un moyen fiable d'obtenir rapidement de l'aide lorsqu'une complication grave survient. La prise en charge des symptômes liés à la douleur doit reposer sur une approche proactive plutôt que réactive. Les nausées et vomissements postopératoires (PONV) figurent parmi les principales causes de réadmissions hospitalières non planifiées⁸². Les parcours de soins efficaces doivent donc prévoir la mise à disposition d'antiémétiques de secours que les patients peuvent utiliser à domicile⁸³.

Les patients doivent également avoir une compréhension réaliste des délais de récupération, notamment du moment où ils pourront reprendre en toute sécurité leurs activités habituelles, telles que la conduite automobile, l'activité physique et le travail, afin de ne pas compromettre leur récupération⁸⁴.

Un suivi continu et une communication régulière avec le patient à domicile sont essentiels⁹. Le Centre des soins périopératoires recommande qu'un infirmier ou une infirmière effectue un appel de suivi dans les 24 heures afin d'identifier les problèmes mineurs avant qu'ils ne s'aggravent⁸⁵. Les appels de suivi sont en outre associés à une plus grande satisfaction des patients et à un renforcement de leur confiance⁶⁶.



Main-d'œuvre

La chirurgie ambulatoire donne les meilleurs résultats lorsqu'une équipe spécialisée est dédiée à ce type d'interventions. Pour atteindre les niveaux élevés d'activité que permet la chirurgie ambulatoire, le personnel hospitalier doit disposer de rôles clairement définis au sein du parcours de soins ambulatoires ainsi que de l'expertise nécessaire à la réalisation de ces interventions^{9,29}.

Un parcours de soins solide en chirurgie ambulatoire doit décomposer chaque intervention en étapes distinctes, avec des responsabilités clairement définies pour les différentes composantes du parcours^{3,9,28}.

Tableau 4

Rôle au sein du parcours de soins	Tâches et responsabilités	Importance de ce rôle
Évaluation préopératoire et sélection des patients	Évaluer si le patient est cliniquement apte à bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, s'il dispose d'un soutien social suffisant et s'il peut récupérer en toute sécurité à domicile	Permet d'éviter les échecs de sortie le jour même et réduit le risque de sélection inappropriée des patients ^{9,29}
Coordination de la programmation opératoire	Programmer les patients éligibles suffisamment tôt dans le programme opératoire	Garantit un délai suffisant pour la mobilisation, le contrôle des symptômes et la sortie du patient ²⁹
Récupération et sortie	Appliquer des critères fonctionnels de sortie relatifs à la douleur, aux nausées, à la mobilité et aux pertes sanguines	Permet de rendre les décisions de sortie plus cohérentes et moins dépendantes d'évaluations subjectives ou de critères fondés sur des délais prédéfinis ²⁹
Information des patients	Expliquer en quoi consiste concrètement la récupération à domicile et à quel moment le patient doit solliciter une aide médicale	Permet d'instaurer des attentes réalistes concernant la récupération après l'intervention ⁹
Suivi après la sortie	Prévoir, si nécessaire, un contact téléphonique, un suivi proactif ou un accompagnement à domicile	Rassure les patients et permet de détecter précocement les problèmes ⁹
Soutien en matière de données et de coordination	Assurer le suivi des flux de patients, des résultats et des complications par site ou par service	Contribue à la standardisation et à l'amélioration continue ^{3,29}

Ces fonctions ne correspondent pas entièrement aux modèles existants de soins avec hospitalisation et doivent donc être développées spécifiquement pour la chirurgie ambulatoire, avec des formations et un accompagnement adaptés pour les professionnels qui évoluent vers ce mode de prise en charge. Cela concorde étroitement avec les résultats de l'enquête : 26 % des répondants ont cité les programmes de formation spécifiques destinés au personnel des blocs opératoires, des unités de soins et des salles de réveil parmi les interventions prioritaires, tandis que, dans une question distincte, 88 % ont considéré la formation, le perfectionnement et le développement de l'expertise clinique comme des éléments importants dans le choix de fournisseurs et de partenaires de solutions¹⁴.

Les infirmiers méritent une attention particulière au sein de l'équipe de chirurgie ambulatoire. Ce sont les professionnels de santé qui passent le plus de temps auprès des patients et ils jouent un rôle crucial pour les accompagner en toute sécurité tout au long du parcours de soins en chirurgie ambulatoire¹⁵. Une intervention chirurgicale constitue une période particulièrement vulnérable pour les patients, et les infirmiers peuvent leur apporter un soutien à la fois pratique et émotionnel durant cette phase. Ils veillent ainsi à ce que les besoins des patients soient entendus et pris en compte de manière appropriée¹⁵.



Jaana Perttunen

Présidente de l'European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finlande¹⁵

“

Accompagner les patients tout au long du parcours de soins en chirurgie ambulatoire constitue une mission essentielle pour les infirmiers.”



Technologie

Lorsque les parcours de soins et les mesures d'incitation appropriés sont en place, la technologie constitue un levier essentiel pour repousser les limites de la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie robotisée est, par exemple, de plus en plus utilisée en chirurgie ambulatoire, car elle permet des interventions mini-invasives et réduit ainsi le temps de récupération²⁸. Aux États-Unis, plus de 50 % des prostatectomies radicales assistées par robot sont désormais réalisées avec une sortie le jour même, ce qui permet de réduire les coûts de 20 % par rapport à une hospitalisation⁸⁶.



David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital

Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery

Ancien président de la British Association of Day Surgery

“ Grâce à la chirurgie robotisée, nous pouvons désormais réaliser en chirurgie ambulatoire de nombreuses interventions pour les hernies ventrales qui nécessitaient auparavant plusieurs nuits d'hospitalisation – parfois quatre à cinq nuits avec des drains – et ce, sans recourir à des drains.”

En ce qui concerne la récupération à domicile, les applications numériques en santé et les outils de surveillance à distance peuvent contribuer à une sortie de l'hôpital plus rapide et plus sûre. Le suivi des patients chirurgicaux par télésanté est jugé « très bon » par 80,6 % des patients et a permis de réaliser, sur une période de cinq ans, des économies documentées de plus d'un million de dollars. En Australie, un modèle de cholécystectomie ambulatoire en phase aiguë avec surveillance à distance a permis d'économiser 1,7 jour d'hospitalisation par patient et 1 416 dollars australiens par intervention par rapport à la prise en charge traditionnelle avec hospitalisation⁸⁷.

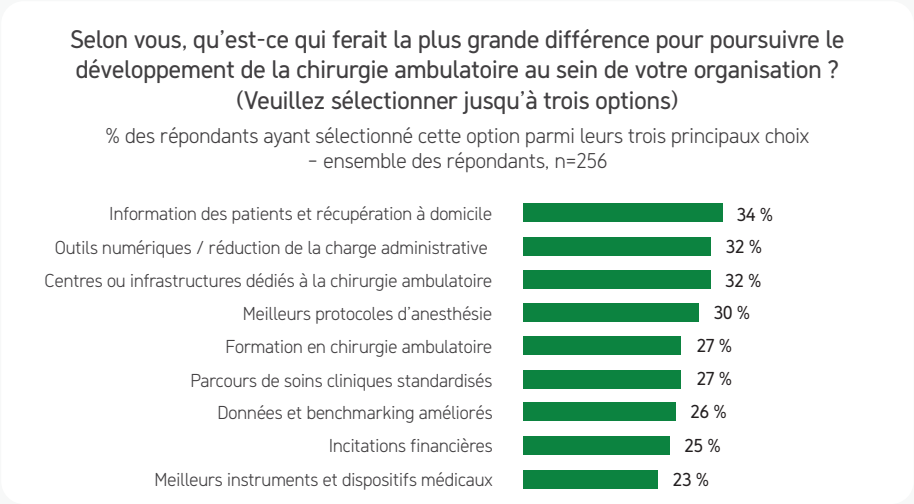
“ Nous constatons que la surveillance à distance est de plus en plus utilisée à domicile. Les plateformes d'hospitalisation virtuelle ont été initialement développées pour les services de médecine d'urgence le jour même. Aujourd'hui, elles sont également utilisées dans la phase postopératoire. Pour certaines interventions, le retour à domicile avec une surveillance à distance procure un grand sentiment de sécurité, tant aux professionnels de santé qu'aux patients eux-mêmes.”

Leviers politiques et financiers

Figure 6

32%

des répondants ont indiqué que les outils numériques et une réduction de la charge administrative constitueraient les leviers les plus importants pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire



Source : enquête Mölnlycke sur la chirurgie ambulatoire, Censuwide, du 2 au 22 avril 2026.
Base : ensemble des répondants (n = 256).

Compte tenu des avantages bien établis de la chirurgie ambulatoire en matière de réduction des coûts⁴, de libération de capacités^{19,23}, d'efficacité⁴ et de satisfaction des patients⁹, il existe de solides arguments en faveur de son adoption comme approche de référence. Les obstacles et les facteurs favorables à la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire sont multiples. Il est donc essentiel d'élaborer les politiques avec soin, en tenant compte des inégalités potentielles en matière de santé ainsi que des enjeux liés à la sécurité des patients.

Les résultats de l'enquête étayaient fortement cette priorisation¹⁴. Les répondants ont cité une combinaison d'innovations cliniques, de demande des patients, de pressions en faveur de l'efficacité, de considérations de sécurité et d'objectifs politiques explicites parmi les principaux moteurs de la transition vers la chirurgie ambulatoire. Cela suggère que la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire repose sur plusieurs facteurs agissant simultanément, plutôt que sur une seule mesure politique¹⁴.

L'utilisation de comparaisons internationales et du benchmarking constitue un levier important au niveau du système pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. L'analyse de 13 pays de l'OCDE⁴ a montré que tous considéraient la transition vers la chirurgie ambulatoire comme une priorité stratégique, mais qu'ils différaient dans la mesure où ils soutenaient cette priorité au moyen de réglementations, de réformes du financement et de mécanismes de responsabilisation. Les rapports comparatifs peuvent démontrer que les faibles taux de chirurgie ambulatoire ne sont pas une fatalité et que des progrès sont possibles. Ils contribuent également à étayer d'autres mesures politiques en mettant en évidence les écarts de performance par rapport à des pays comparables. Le benchmarking contribue aussi à faire de la chirurgie ambulatoire un indicateur de performance mesurable, ce qui incite les systèmes de santé locaux à atteindre les objectifs fixés et à démontrer qu'ils répondent aux attentes établies.



27 % des répondants ont cité les contraintes financières ou budgétaires parmi les principaux moteurs de la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire¹⁴.



Les incitations financières peuvent orienter les investissements et les priorités du système de santé. La Hongrie en constitue un bon exemple : les décideurs y ont d'abord réaffecté des capacités d'hospitalisation inutilisées à la chirurgie ambulatoire (appelée « one day surgery » dans le système hongrois). Initialement, la chirurgie ambulatoire était soumise à un plafond d'activité, mais celui-ci a été supprimé en 2015. Afin d'encourager davantage son développement, la Hongrie a introduit en 2017 une augmentation de 10 % du remboursement de ces interventions, ce qui a permis de mieux aligner les incitations financières sur les résultats recherchés¹⁹. Entre 2010 et 2019, la part de la chirurgie ambulatoire parmi les interventions éligibles est passée de 42 % à 80 % en Hongrie, tandis que le nombre de journées d'hospitalisation diminuait de 17 % au cours de la même période. Les systèmes de santé devraient, à tout le moins, veiller à ce qu'aucune incitation financière ne décourage le recours à la chirurgie ambulatoire⁴.

La réglementation et les politiques peuvent également porter leurs fruits sans incitations financières. La Suisse a mis en place avec succès des règles de substitution obligatoires visant à transférer certaines interventions vers les soins ambulatoires, même après la suppression des remboursements majorés en 2017⁵. Cela a rendu la chirurgie ambulatoire plus abordable pour le système de santé suisse, ce qui a renforcé son attrait aux yeux des responsables budgétaires nationaux. Dans le même temps, les progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, qui avaient auparavant été obtenus grâce à des incitations financières, ont été préservés. L'enquête souligne que les mesures politiques sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont associées à la faisabilité clinique¹⁴. Les améliorations des techniques chirurgicales et des protocoles de récupération (36 %) ont été le plus souvent citées comme moteur de la croissance de la chirurgie ambulatoire, avant même les pressions purement financières ou réglementaires. Cela suggère que les mesures politiques et les obligations sont plus crédibles lorsqu'elles s'appuient sur une expertise clinique suffisante et une faisabilité pratique¹⁴.

Il est également important de faire preuve de prudence dans l'utilisation des incitations financières, car celles-ci constituent un instrument de politique relativement peu ciblé. En Angleterre, les expériences menées avec l'English Best Practice Tariff ont certes produit des effets positifs, en favorisant le recours à certaines interventions ciblées et en augmentant leur volume. Toutefois, cet effet s'est atténué au fil du temps. Par ailleurs, les incitations tarifaires ont entraîné une réaffectation des ressources et des investissements au détriment d'interventions non prioritaires dans le domaine des soins programmés, de sorte que les gains obtenus dans certains domaines se sont parfois faits au détriment d'autres composantes de l'offre de soins⁸⁸. Les résultats de l'enquête confortent cette approche prudente. Les répondants ne considéraient pas la pression financière, à elle seule, comme suffisante pour stimuler la croissance de la chirurgie ambulatoire. Ils ont plutôt cité l'information des patients, les infrastructures spécialement conçues pour la chirurgie ambulatoire, les outils numériques et la refonte des parcours de soins parmi les interventions les plus concrètes pour en poursuivre le développement¹⁴.

Les enseignements tirés de l'Irlande montrent également pourquoi les incitations financières doivent aller de pair avec des changements opérationnels, une refonte de l'organisation des soins et des capacités protégées. En Irlande, ni le financement fondé sur l'activité ni une incitation financière ciblée en faveur de la cholécystectomie laparoscopique réalisée en chirurgie ambulatoire n'ont entraîné d'augmentation mesurable de la part de la chirurgie ambulatoire ni de réduction de la durée moyenne de séjour⁸⁹. L'exemple irlandais montre que les réformes financières peuvent échouer lorsque les incitations sont trop limitées par rapport aux efforts organisationnels nécessaires pour mettre en œuvre le changement souhaité. Les hôpitaux peuvent alors simplement absorber le signal financier sans réellement repenser leurs processus de soins. Les incitations politiques ne sont efficaces que lorsqu'elles incitent les établissements de santé à faire de la chirurgie ambulatoire une priorité de gestion.

Une autre option politique particulièrement puissante consiste à mettre en place des capacités spécifiquement dédiées, protégées ou réservées à la chirurgie ambulatoire. La littérature examinée montre de manière répétée que lorsque les services sont fournis sur un même site, la frontière entre la chirurgie avec hospitalisation et la chirurgie ambulatoire tend à s'estomper, avec pour conséquence un risque accru que les interventions chirurgicales soient réalisées par défaut avec hospitalisation. La norme de référence pour protéger l'activité de chirurgie ambulatoire consiste à disposer d'infrastructures spécialement conçues à cet effet. Toutefois, les décideurs politiques et les responsables hospitaliers peuvent également envisager d'autres moyens de préserver les capacités et les ressources dédiées à la chirurgie ambulatoire.



David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital

Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery

Ancien président de la British Association of Day Surgery

“ L’une des mesures les plus importantes consiste à mettre à disposition des lits réservés à la chirurgie ambulatoire et protégés contre les admissions médicales et chirurgicales non planifiées.”

Les politiques visant à accroître la part de la chirurgie ambulatoire doivent dès lors s'inscrire dans une approche globale. Celle-ci suppose d'identifier les obstacles et les facteurs favorables propres au contexte du système de santé concerné, tout en visant la mise en place d'un parcours de soins en chirurgie ambulatoire clairement défini et standardisé. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés à cette fin, allant de la réglementation et des incitations financières aux mécanismes de responsabilisation. Toutefois, l'ensemble de ces instruments doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse afin d'éviter la création d'incitations inappropriées et d'effets indésirables non intentionnels. Les résultats de l'enquête étayaient cette conclusion équilibrée. Les répondants ont décrit la transition vers la chirurgie ambulatoire comme une évolution portée simultanément par l'innovation, les attentes des patients, les contraintes budgétaires, les listes d'attente et des objectifs politiques explicites¹⁴. Les modèles politiques les plus efficaces sont donc probablement ceux qui parviennent à aligner ces différents moteurs, plutôt que de s'appuyer sur une seule mesure isolée.

Il est également crucial d'accorder une attention particulière aux meilleures pratiques cliniques en identifiant les pionniers dans ce domaine, en diffusant plus largement leurs approches et en tirant des enseignements de leurs expériences. La transition vers une part plus importante de chirurgie ambulatoire est portée à la fois par les politiques mises en œuvre et par un changement de culture : ces deux dimensions méritent une attention égale.

Recommandations politiques



Dr Shaan Chhabra

Responsable de la transformation et de l'amélioration des processus, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Royaume-Uni¹⁵

“ L’essor de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni s’accompagne de deux défis majeurs : la variabilité des pratiques et la planification. Pour certains types d’interventions, les Integrated Care Boards (ICB) atteignent des taux de chirurgie ambulatoire pouvant aller jusqu’à 95 %, tandis que d’autres – parfois au sein d’une même région – n’atteignent que 60 %. Par ailleurs, environ 20 % des interventions programmées en chirurgie ambulatoire au sein du NHS sont annulées, soit au cours de la phase préopératoire, soit dans les 24 heures précédant l’intervention. Cette situation complique considérablement la planification et l’organisation efficaces des soins.

Un projet récent auquel j’ai participé dans le but de réduire les taux de complications a permis de dégager plusieurs enseignements particulièrement intéressants. Nous avons constaté que des facteurs tels que l’absence d’une identité et d’un objectif d’équipe clairement définis, une arrivée tardive des patients en raison de processus insuffisamment fluidifiés, une dépendance excessive à l’égard de l’hôpital – entraînant une concurrence pour les capacités d’hospitalisation – ainsi qu’un partage limité des données contribuaient tous à une compréhension insuffisante des possibilités d’amélioration. Pour moi, cela a démontré que des progrès significatifs peuvent être réalisés lorsque les équipes disposent de la latitude nécessaire pour s’organiser de manière ciblée autour de la chirurgie ambulatoire.”

La sécurité du patient avant tout

La chirurgie ambulatoire constitue un levier essentiel pour réduire les listes d’attente pour les interventions programmées, améliorer l’efficacité et la fluidité des activités hospitalières, et préserver les capacités d’hospitalisation disponibles. Toutefois, elle n’est appropriée que lorsqu’elle est sûre pour le patient. Toutes les mesures visant à accroître la part de la chirurgie ambulatoire doivent dès lors être évaluées au regard de leurs éventuels effets indésirables susceptibles de compromettre la sécurité des patients, et être adaptées lorsque cela s’avère nécessaire. La chirurgie ambulatoire doit toujours apporter une réelle valeur ajoutée au patient.

La sécurité des patients doit être garantie tout au long du parcours de soins en chirurgie ambulatoire, en particulier lors de la sélection des patients, de la planification préopératoire et de la préparation de la récupération à domicile. Les patients doivent pouvoir contacter un professionnel de santé de référence en cas de complication postopératoire et comprendre ce qui correspond à une récupération normale. Des circuits de prise en charge clairement définis doivent être en place en cas de complication ou de détérioration de l’état du patient.

Les professionnels de santé doivent se concentrer sur les principales causes de réadmission, en accordant une attention particulière à la prise en charge de la douleur, aux nausées et vomissements postopératoires (PONV) ainsi qu’aux infections du site opératoire, y compris après des interventions mini-invasives.

Ces recommandations ont été examinées et affinées au sein du conseil consultatif consacré à la chirurgie ambulatoire^{15,2} avant de faire l’objet d’un cycle d’évaluation supplémentaire.



Faire de la chirurgie ambulatoire l'option de référence lorsqu'elle est cliniquement appropriée



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Médecin-chef du département de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Amager et Hvidovre, Danemark⁵⁶



“ La chirurgie ambulatoire devrait constituer l'approche de référence, et les médecins devraient motiver toute décision de s'en écarter.”

Les systèmes de santé devraient s'efforcer de faire de la chirurgie ambulatoire la norme pour les interventions dont la sécurité est bien établie et qui sont cliniquement appropriées, ainsi que pour les patients qui disposent des capacités physiques et du soutien social nécessaires pour bénéficier de ce mode de prise en charge. Cet objectif peut être atteint de différentes manières, notamment grâce à des capacités protégées ou réservées, à des infrastructures spécialement conçues à cet effet, à des attentes opérationnelles claires, à des mécanismes de responsabilisation et à des incitations financières adaptées. Le libre choix du patient doit toutefois être préservé, et la satisfaction ainsi que l'acceptation de la chirurgie ambulatoire par les patients doivent être suivies en tant qu'indicateurs clés de réussite.

Suivre une approche en trois étapes pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

1. Faire de la chirurgie ambulatoire la norme pour les interventions courantes à faible complexité, lorsqu'elle est cliniquement appropriée
2. Réduire les variations dans la réalisation des interventions présentant un profil favorable en matière de sécurité et de faisabilité, mais dont l'utilisation varie fortement selon les établissements ou les régions
3. Repousser les limites de la chirurgie ambulatoire en identifiant de nouvelles interventions et de nouveaux groupes de patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire

Faire du développement de parcours de soins fiables une priorité politique

La chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur des parcours de soins clairement distincts de ceux de la chirurgie avec hospitalisation et conçus dès le départ en fonction des caractéristiques propres à ce mode de prise en charge. Du point de vue de la sécurité des patients, une attention particulière doit être accordée à la sélection des patients, à la planification préopératoire et à la communication. Si la standardisation est essentielle, les nouveaux domaines d'application de la chirurgie ambulatoire doivent développer leurs propres parcours de soins, adaptés à leurs spécificités et à leurs besoins particuliers.

Les systèmes de santé doivent également tenir compte des interactions entre les centres chirurgicaux, les soins de première ligne et les services sociaux, et considérer le parcours de soins en chirurgie ambulatoire comme un continuum qui s'étend au-delà de l'hôpital ou de la clinique.

Standardiser les parcours de soins tout en préservant la flexibilité

Adopter une approche flexible de la standardisation des parcours de soins. Les processus doivent être suffisamment standardisés pour favoriser des responsabilités clairement définies, des pratiques reproductibles, l'efficacité et la familiarité des équipes avec les procédures, tout en conservant la flexibilité nécessaire pour tenir compte des différences entre les interventions et les contextes de soins. Des innovations telles que les trousseaux sur mesure peuvent contribuer à cette forme de standardisation flexible en permettant d'adapter les processus aux différents types d'interventions tout en maintenant un niveau élevé de cohérence et d'efficacité.

Protéger les capacités dédiées aux soins programmés en réservant des ressources à la chirurgie ambulatoire et en développant des infrastructures spécialisées

Éviter que l'hospitalisation ne soit considérée comme l'option par défaut en réservant ou en protégeant les capacités dédiées à la chirurgie ambulatoire par d'autres moyens. Dans le même temps, il convient de veiller à ce que les patients qui ont réellement besoin d'une prise en charge plus intensive puissent toujours y accéder.

Intégrer l'équité dès la conception

Les systèmes de santé devraient s'efforcer d'identifier et de suivre les inégalités de santé pertinentes dans leur contexte local. Ces inégalités ne devraient pas conduire à l'exclusion de patients de la chirurgie ambulatoire. Au contraire, les systèmes de santé devraient mettre en place des mesures permettant de garantir un accès sûr à la chirurgie ambulatoire, y compris pour les patients les plus vulnérables. Une attention particulière doit être accordée à l'environnement dans lequel les patients poursuivent leur récupération à domicile. Les soins de première ligne et les services sociaux appropriés doivent être mobilisés afin de soutenir la récupération des patients qui ne peuvent pas compter sur un solide réseau de soutien familial ou social.

Les patients doivent être évalués selon une approche globale, dans laquelle leurs conditions sociales sont prises en compte avec la même importance que leurs caractéristiques cliniques.

Communiquer avec les patients de manière simple et compréhensible

Les systèmes de santé doivent veiller à faire de la communication avec les patients une priorité lors de la conception et de l'organisation des parcours de soins. Les patients doivent recevoir des informations formulées dans un langage aussi simple et clair que possible, sans jargon médical, et avec l'aide d'un interprète lorsque cela est nécessaire. Les informations importantes doivent être communiquées à un moment où les patients sont le plus à même de les comprendre et de les retenir, et ils doivent disposer de suffisamment de temps pour poser leurs questions. Toutes les informations pertinentes doivent être fournies à la fois oralement et par écrit. Après l'intervention, un suivi systématique doit être assuré afin de permettre aux patients de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et d'obtenir les conseils dont ils ont besoin pendant leur récupération.

Les professionnels de santé doivent veiller à consacrer suffisamment de temps aux patients et à les écouter avec attention et empathie, en gardant à l'esprit qu'une intervention chirurgicale place souvent les patients dans une situation particulièrement vulnérable. Les patients doivent avoir une compréhension claire de ce qu'implique la chirurgie ambulatoire et des conséquences qu'elle peut avoir sur leur récupération à domicile. Ils doivent également disposer de toutes les informations nécessaires pour pouvoir donner un consentement éclairé.

En tant que professionnels de santé passant le plus de temps en contact direct avec les patients au cours de la période périopératoire, les infirmiers doivent disposer du temps et des moyens nécessaires pour se consacrer pleinement à la communication et aux interactions avec les patients.

Conclusion

La chirurgie ambulatoire offre d'importantes possibilités d'améliorer l'expérience des patients au sein des systèmes de santé, tout en réduisant les coûts et en libérant des capacités pour les interventions programmées qui nécessitent réellement une hospitalisation avec nuitée. Malgré cela, de fortes disparités persistent à l'échelle internationale quant à la part de la chirurgie ambulatoire, et son adoption demeure parfois lente, même lorsqu'elle est considérée comme une priorité stratégique.

Le présent rapport plaide en faveur d'une approche globale visant à accroître davantage le recours à la chirurgie ambulatoire, en ciblant dans un premier temps les interventions courantes à faible complexité. Il recommande également d'en élargir le champ d'application par le développement de protocoles et de parcours de soins standardisés, ainsi que par le recours à différents leviers politiques destinés à favoriser la transition vers la chirurgie ambulatoire.

Références

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. *Eur J Public Health* [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2025 Apr;11(5). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. *Hospitals (Lond)* [Internet]. 2025 Jun;2(2). Disponible via : <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. *Health Policy (New York)*. 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jan;125(4). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brügger B, Bähler C, Schwenkglenks M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixed-methods Evidence from Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuwide. Enquête menée auprès de cliniciens et de responsables hospitaliers impliqués dans la chirurgie ambulatoire (n = 256). Collecte des données réalisée entre le 2 et le 22 avril 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Conseil consultatif sur la chirurgie ambulatoire, 7 mai 2026. Données internes. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. *Day Surgery Handbook* [Internet]. 2014. Disponible via : https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirsi AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Entretien avec M. David Bunting. 1er avril 2026. Données internes. 2026.

23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Disponible via : <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a population-based study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Disponible via : https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Disponible via : <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>

46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Disponible via : <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13cededcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Disponible via : <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Entretien avec M. Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 avril 2026. Données internes.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Disponible via : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Disponible via : <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Disponible via : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatient-only List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Disponible via : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Disponible via : https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities.in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Disponible via : <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Disponible via : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>

68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Disponible via : https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Disponible via : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wängdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Disponible via : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Disponible via : <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Disponible via : <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Entretien avec Professeur Tim Briggs. 23 avril 2026. Données internes.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Disponible via : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Entretien avec Professeure Karine Nouette-Gaulain. 10 avril 2026. Données internes.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Disponible via : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Disponible via : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Disponible via : <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Disponible via : https://www.cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48-. Disponible via : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Disponible via : <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Disponible via : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Annexes

Questions de l'enquête

Q1

À quelle fréquence chacune des situations suivantes se produit-elle dans votre pratique quotidienne ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Occasionnellement	Jamais	Je ne sais pas / Non applicable	Je préfère ne pas répondre
Des interventions qui pourraient être réalisées en toute sécurité en chirurgie ambulatoire sont effectuées avec hospitalisation	7 %	22 %	30 %	32 %	8 %	1 %	1 %
La pression visant à augmenter le nombre d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire a une influence négative sur les décisions de sélection des patients	7 %	22 %	30 %	28 %	12 %	1 %	0 %
Des patients sont autorisés à quitter l'hôpital après une intervention en chirurgie ambulatoire alors que je ne suis pas certain(e) qu'ils soient prêts pour leur sortie	9 %	16 %	24 %	32 %	18 %	1 %	0 %
Des patients sont autorisés à quitter l'hôpital après une intervention en chirurgie ambulatoire sans bénéficier d'un soutien suffisant pour leur récupération à domicile	4 %	19 %	28 %	27 %	22 %	0 %	0 %
Des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire subissent des retards en raison d'une capacité insuffisante au bloc opératoire	7 %	25 %	33 %	24 %	10 %	1 %	0 %

N : Chirurgiens, anesthésistes et personnel du bloc opératoire (148)

	Toujours	Souvent	Parfois	Occasionnellement	Jamais	Je ne sais pas / Non applicable	Je préfère ne pas répondre
L'expansion prévue de la chirurgie ambulatoire est freinée par une insuffisance d'infrastructures ou d'investissements	9 %	19 %	34 %	26 %	11 %	0 %	1 %
Pression exercée par les mutualités, les autorités de contrôle ou les objectifs nationaux visant à accroître la part de la chirurgie ambulatoire	9 %	20 %	34 %	32 %	3 %	0 %	1 %

N : Responsables de bloc opératoire, responsables des achats et direction hospitalière (108)

	Toujours	Souvent	Parfois	Occasionnellement	Jamais	Je ne sais pas / Non applicable	Je préfère ne pas répondre
Difficultés à recruter et à fidéliser du personnel pour la chirurgie ambulatoire	10 %	27 %	33 %	23 %	5 %	0 %	1 %

N : Responsables de bloc opératoire et direction hospitalière (73)

	Toujours	Souvent	Parfois	Occasionnellement	Jamais	Je ne sais pas / Non applicable	Je préfère ne pas répondre
Retards dans la disponibilité ou l'approvisionnement des équipements et des consommables nécessaires à la chirurgie ambulatoire	9 %	14 %	20 %	43 %	14 %	0 %	0 %

N : Responsables des achats (35)

	Toujours	Souvent	Parfois	Occasionnellement	Jamais	Je ne sais pas / Non applicable	Je préfère ne pas répondre
Les programmes opératoires de chirurgie ambulatoire sont annulés ou écourtés en raison de contraintes opérationnelles	8 %	21 %	39 %	27 %	5 %	0 %	0 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q2

Comment évalueriez-vous chacun des aspects suivants dans votre environnement de travail actuel ?

	Très mauvais	Plutôt mauvais	Ni mauvais ni bon	Plutôt bon	Très bon	Je ne sais pas / Non applicable
Formation et niveau de préparation du personnel pour les interventions de chirurgie ambulatoire	2 %	12 %	17 %	36 %	31 %	1 %
Standardisation des parcours de soins et des protocoles en chirurgie ambulatoire	3 %	9 %	18 %	44 %	27 %	0 %
Évaluation préopératoire et sélection des patients pour la chirurgie ambulatoire	5 %	11 %	22 %	36 %	27 %	0 %
Infrastructures et équipements disponibles pour la chirurgie ambulatoire	2 %	11 %	17 %	41 %	29 %	1 %
Bien-être et conditions de travail du personnel en chirurgie ambulatoire par rapport aux soins avec hospitalisation	5 %	8 %	22 %	38 %	28 %	0 %
Disponibilité des capacités de récupération postopératoire et de sortie	4 %	10 %	24 %	38 %	24 %	0 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q3

Si vous pensez aux patients et aux interventions éligibles, dans quel cadre de prise en charge les meilleurs résultats sont-ils obtenus, selon votre expérience ou votre perception, pour chacun des aspects suivants ?

	Beaucoup mieux en chirurgie ambulatoire	Un peu mieux en chirurgie ambulatoire	À peu près équivalent	Un peu mieux avec hospitalisation	Beaucoup mieux avec hospitalisation	Je ne sais pas
Taux de complications chirurgicales et d'infections du site opératoire	11 %	30 %	30 %	19 %	9 %	1 %
Taux de réadmissions non planifiées ou de retour à l'hôpital	11 %	29 %	30 %	21 %	7 %	2 %
Douleur et expérience de récupération rapportées par les patients	12 %	26 %	30 %	20 %	10 %	1 %
Réduction des coûts globaux des soins pour les hôpitaux et les financeurs du système de santé	22 %	28 %	24 %	15 %	9 %	2 %
Moins d'effets indésirables liés à l'anesthésie	11 %	32 %	29 %	18 %	9 %	0 %
Capacité de prise en charge accrue et meilleure efficacité opérationnelle pour les équipes chirurgicales	11 %	35 %	25 %	18 %	10 %	1 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q4

Quel est, selon vous, le potentiel inexploité de la chirurgie ambulatoire dans chacune des spécialités suivantes ? En d'autres termes, pour quelles interventions estimez-vous qu'il serait réaliste de réaliser davantage en chirurgie ambulatoire qu'aujourd'hui ?

Spécialité	Aucun potentiel inexploité	Potentiel inexploité limité	Potentiel inexploité important	Je ne sais pas / Non pertinent dans le cadre de ma fonction
Orthopédie	16 %	43 %	34 %	8 %
Chirurgie générale	16 %	48 %	32 %	4 %
Ophtalmologie	14 %	46 %	31 %	9 %
Gynécologie	18 %	47 %	27 %	8 %
Urologie	19 %	45 %	27 %	9 %
ORL	19 %	42 %	27 %	12 %
Chirurgie plastique et reconstructrice	12 %	45 %	34 %	9 %
Cardiologie (p. ex. interventions par cathéter)	21 %	38 %	32 %	9 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q5

Quels sont les principaux facteurs qui favorisent la transition vers la chirurgie ambulatoire au sein de votre organisation ? (Sélectionnez jusqu'à trois options)

	Tous les répondants
Améliorations des techniques chirurgicales et des protocoles de récupération	36 %
Préférence des patients pour une sortie le jour même et une récupération à domicile	30 %
Réduction du risque d'infections nosocomiales et amélioration de la sécurité des patients	27 %
Contraintes financières ou budgétaires	27 %
Objectifs nationaux ou régionaux concernant la part de la chirurgie ambulatoire au sein du système de santé	26 %
Pression sur les capacités comme moteur des objectifs de fluidité des parcours de soins	25 %
Réduction des listes d'attente ou des retards pour les interventions programmées	25 %
Développement de centres spécialisés en chirurgie ambulatoire ou de centres chirurgicaux spécialisés (« surgical hubs »)	24 %
Pression visant à améliorer l'efficacité au bloc opératoire	22 %
Modifications des politiques, de la réglementation ou des systèmes de financement	21 %
Je ne sais pas	0 %
Autre (veuillez préciser)	0 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q6

Pour chacune des paires d'affirmations ci-dessous, où vous situez-vous entre les deux propositions ?

Affirmation de gauche	Tout à fait d'accord avec l'affirmation de gauche	Plutôt d'accord avec l'affirmation de gauche	Ni l'une ni l'autre / Neutre	Plutôt d'accord avec l'affirmation de droite	Tout à fait d'accord avec l'affirmation de droite	Affirmation de droite
La chirurgie ambulatoire est perçue par les professionnels de santé comme un domaine d'activité stimulant et de grande qualité	15 %	29 %	25 %	22 %	9 %	La chirurgie ambulatoire est perçue par les professionnels de santé comme moins prestigieuse ou moins complexe que la prise en charge des patients avec hospitalisation
La chirurgie ambulatoire favorise une meilleure collaboration et coordination entre les différentes fonctions	13 %	29 %	23 %	23 %	11 %	La chirurgie ambulatoire complique le travail d'équipe efficace
Les professionnels cliniques ont une influence significative sur la manière dont les parcours de soins en chirurgie ambulatoire sont conçus	14 %	26 %	23 %	27 %	10 %	Les parcours de soins en chirurgie ambulatoire sont largement développés sans une implication suffisante des professionnels qui dispensent réellement ces soins
La chirurgie ambulatoire fonctionne le mieux lorsqu'elle est organisée au sein d'une unité dédiée disposant de sa propre équipe	16 %	29 %	21 %	24 %	10 %	La chirurgie ambulatoire fonctionne bien au sein de l'environnement opératoire général d'un hôpital
Les décisions concernant l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire sont prises conjointement par les équipes cliniques et les équipes de direction	13 %	25 %	27 %	24 %	12 %	Les décisions concernant les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire sont prises par un seul groupe, sans contribution suffisante des autres parties prenantes
La charge de travail et le rythme en chirurgie ambulatoire sont gérables et soutenables	12 %	24 %	27 %	25 %	13 %	La charge de travail et le rythme en chirurgie ambulatoire exercent une pression excessive sur le personnel

N : Ensemble des répondants (256)

Q7

Selon vous, quelles mesures auraient le plus grand impact pratique pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de votre organisation ? (Sélectionnez jusqu'à trois options)

	Tous les répondants
Information des patients afin d'ajuster les attentes concernant la chirurgie ambulatoire et la récupération à domicile	34%
Centres spécialisés en chirurgie ambulatoire ou centres chirurgicaux spécialisés (« surgical hubs »)	32%
Outils numériques permettant de réduire la charge administrative et de donner au personnel un accès plus rapide aux informations pertinentes	32%
Amélioration des protocoles d'anesthésie afin de favoriser une récupération plus rapide (p. ex. anesthésie locorégionale et agents anesthésiques à durée d'action plus courte)	30%
Parcours de soins cliniques et protocoles standardisés pour des interventions spécifiques	27%
Programmes de formation spécifiques destinés aux équipes de chirurgie ambulatoire	27%
Amélioration des données et du benchmarking des résultats de la chirurgie ambulatoire	26%
Incitations financières plus claires en faveur de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire	25%
Instruments et dispositifs mieux adaptés aux interventions de chirurgie ambulatoire	23%
Je ne sais pas	1%
Autre (veuillez préciser)	0%

N : Ensemble des répondants (256)

Q8

Selon votre expérience, quelles sont les principales raisons pour lesquelles un patient potentiellement éligible n'est finalement pas pris en charge en chirurgie ambulatoire ? (Sélectionnez jusqu'à trois options)

	Tous les répondants
L'état de santé du patient, ses comorbidités ou la complexité de l'intervention	43 %
La situation à domicile du patient (vie en solitaire, distance par rapport à l'hôpital, disponibilité d'un aidant)	38 %
L'absence d'une structure adaptée à la chirurgie ambulatoire ou d'une capacité suffisante au bloc opératoire	33 %
Les préoccupations concernant le soutien après la sortie ou la possibilité d'obtenir rapidement de l'aide en cas de complication	32 %
La préférence du chirurgien ou de l'anesthésiste en faveur d'une hospitalisation	32 %
Le manque de personnel adapté à la chirurgie ambulatoire	26 %
La préférence du patient pour une hospitalisation avec nuitée	24 %
Il n'existe pas de parcours de soins établi en chirurgie ambulatoire pour cette intervention	23 %
Autre (veuillez préciser)	0 %
Je ne sais pas	0 %

N : Chirurgiens, anesthésistes, personnel du bloc opératoire et responsables de bloc opératoire (180)

Q8a

Qu'est-ce qui renforcerait le plus votre confiance dans la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire au sein de votre organisation ? (Sélectionnez jusqu'à trois options)

	Tous les répondants
Trousses sur mesure standardisées permettant de réduire les temps de préparation et de diminuer la variabilité entre les interventions	42 %
Amélioration des protocoles de soins postopératoires des plaies pour les patients poursuivant leur récupération à domicile	38 %
Solutions de prévention des infections spécialement conçues pour les environnements de chirurgie ambulatoire à haut volume d'activité	36 %
Programmes de formation et de perfectionnement visant à renforcer l'expertise en chirurgie ambulatoire au sein des différentes équipes	36 %
Données probantes et données de benchmarking sur les résultats de la chirurgie ambulatoire selon le type d'intervention	30 %
Accompagnement dans la refonte des parcours de soins afin de réduire les activités sans valeur ajoutée et d'améliorer l'efficacité du bloc opératoire	30 %
Outils numériques permettant d'optimiser les flux de matériel, les processus de travail le jour de l'intervention et la visibilité sur les activités	21 %
Solutions durables permettant de réduire les déchets sans compromettre la sécurité	21 %
Je ne sais pas	1 %
Autre (veuillez préciser)	0 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q9

Quelle importance accordez-vous aux aspects suivants lorsque vous choisissez un fournisseur ou un partenaire de solutions pour des produits et services liés à la chirurgie ambulatoire ?

	Pas du tout important	Peu important	Assez important	Très important	Je ne sais pas / Non pertinent dans le cadre de ma fonction
Produits de qualité élevée et constante sur lesquels les équipes cliniques peuvent s'appuyer	4 %	8 %	36 %	51 %	2 %
Fiabilité de l'approvisionnement et disponibilité des produits au moment opportun	3 %	13 %	34 %	50 %	1 %
Réactivité du service et de l'assistance du fournisseur	2 %	13 %	44 %	41 %	0 %
Produits et solutions améliorant l'efficacité au bloc opératoire et réduisant les temps de préparation	3 %	10 %	41 %	45 %	1 %
Données probantes et données à l'appui des décisions cliniques et d'achat	2 %	11 %	45 %	41 %	2 %
Formation, perfectionnement et renforcement des compétences cliniques	3 %	8 %	30 %	57 %	2 %
Produits et emballages durables contribuant aux objectifs environnementaux	2 %	14 %	41 %	41 %	2 %
Possibilité d'adapter et de standardiser les trousses sur mesure pour des parcours de soins spécifiques	2 %	11 %	43 %	43 %	1 %

N : Ensemble des répondants (256)

Q10

Quels changements anticipez-vous, le cas échéant, au cours des deux à trois prochaines années au sein de votre organisation dans chacun des domaines suivants ?

	Diminution importante	Légère diminution	Stable	Légère augmentation	Augmentation importante	Je ne sais pas
Nombre d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire	2 %	9 %	27 %	33 %	30 %	0 %
Diversité des types d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire	1 %	11 %	27 %	42 %	18 %	1 %
Investissements dans des infrastructures ou des équipements spécialisés pour la chirurgie ambulatoire	2 %	12 %	18 %	41 %	26 %	1 %
Mise en place de parcours de soins et de protocoles standardisés en chirurgie ambulatoire	3 %	12 %	20 %	41 %	24 %	0 %
Réduction des effets indésirables liés à l'anesthésie	11 %	32 %	29 %	18 %	9 %	0 %
Capacité de prise en charge accrue et amélioration de l'efficacité opérationnelle des équipes chirurgicales	11 %	35 %	25 %	18 %	10 %	1 %

N : Ensemble des répondants (256)



David Bunting

Chirurgien consultant en chirurgie reconstructrice du tractus gastro-intestinal supérieur et de la paroi abdominale, North Devon District Hospital
Membre du conseil d'administration de l'International Association of Ambulatory Surgery
Ancien président de la British Association of Day Surgery
1 avril 2026

Entretiens

Questions :

- + Selon votre double perspective de chirurgien en exercice et de responsable national dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, quelles sont les principales raisons qui expliquent que certaines régions du Royaume-Uni aient réussi à développer la chirurgie ambulatoire à grande échelle, alors que d'autres continuent d'accuser un retard ?
- + Où voyez-vous, plus spécifiquement dans les domaines de la chirurgie du tube digestif supérieur et de la chirurgie de la paroi abdominale, les principales opportunités d'élargir le recours à la chirurgie ambulatoire au cours des prochaines années ?
- + Selon vous, quels sont les éléments les plus importants du parcours de soins et de l'organisation des soins pour garantir le bon fonctionnement de la chirurgie ambulatoire dans la pratique, en particulier dans un environnement du NHS soumis à de fortes pressions ?
- + À mesure que la chirurgie ambulatoire s'étend à des interventions et à des groupes de patients plus complexes, comment les prestataires de soins peuvent-ils, selon vous, aborder la sélection des patients sans devenir excessivement prudents ou réticents à prendre des risques ?
- + Quelle est, selon vous, l'importance de l'innovation et de la technologie – telles que les techniques mini-invasives, la chirurgie robotisée, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et le suivi numérique – pour rendre possible la prochaine étape du développement de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni ?
- + Pour les systèmes de santé situés en dehors du Royaume-Uni qui souhaitent développer les soins ambulatoires et la chirurgie ambulatoire, quels enseignements de l'expérience britannique vous paraissent les plus facilement transférables ? À l'inverse, quels éléments ne devraient pas être reproduits sans adaptation préalable au contexte local ?



**Prof. Karine Nouette-Gaulain,
MD, PhD**

Chef du service d'anesthésiologie, de soins intensifs et de médecine périopératoire, Hôpital des Enfants et maternité Aliénor d'Aquitaine, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France

10 avril 2026

Questions :

- + Selon votre expérience, comment les modèles de chirurgie ambulatoire et de chirurgie de jour ont-ils évolué en France au cours des dernières années, et quels changements vous semblent les plus structurants aujourd'hui ?
- + Dans le système de santé français, quels sont les principaux facteurs cliniques, organisationnels ou systémiques qui expliquent l'accélération de la transition vers des parcours de chirurgie avec sortie le jour même ?
- + Dans quelle mesure le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite-t-il, selon vous, une plus grande priorité accordée à des infrastructures et à des capacités dédiées d'éviter la concurrence permanente entre la chirurgie programmée et les activités d'urgence pour le temps opératoire et les ressources cliniques ?
- + Du point de vue de l'anesthésie-réanimation, quels progrès ont été les plus déterminants pour rendre la sortie le jour même plus sûre et plus fiable pour un nombre croissant de patients et d'interventions ?



Prof. Tim Briggs

Responsable du programme GIRFT et directeur national du NHS England pour l'amélioration clinique, la reprise des soins programmés et l'UEC, Royaume-Uni

23 avril 2026

Questions :

- + Selon vous, du point de vue des politiques nationales de santé, quels sont les leviers les plus efficaces pour accroître la part de la chirurgie ambulatoire au sein du NHS, en particulier pour les interventions pour lesquelles les écarts entre les différents NHS Trusts restent importants ?
- + D'après votre expérience au sein du programme GIRFT (Getting It Right First Time), quels sont les principaux obstacles qui empêchent les NHS Trusts de réaliser davantage d'interventions éligibles en chirurgie ambulatoire, même lorsque les données cliniques soutiennent clairement cette approche ?
- + Dans quelle mesure les progrès réalisés dépendent-ils, selon vous, d'une orientation politique nationale claire, et dans quelle mesure relèvent-ils du leadership exercé au niveau des NHS Trusts ou des systèmes de santé lorsqu'il s'agit de réduire les variations des taux de chirurgie ambulatoire ?
- + Dans quelle mesure les mécanismes actuels de financement, les incitations financières et les cadres de performance aident-ils les établissements de santé à faire de la chirurgie ambulatoire et des parcours de soins ambulatoires une priorité dans le cadre de la réduction des retards en matière de soins programmés ?
- + À mesure que de plus en plus de soins sont transférés vers la chirurgie ambulatoire, comment les décideurs politiques et les responsables cliniques devraient-ils, selon vous, envisager la récupération à domicile, et quels éléments doivent être mis en place pour garantir que les patients bénéficient, après leur sortie, d'un soutien sûr et cohérent ?
- + Si nous nous projetons dans l'avenir, quelles évolutions politiques ou quelles priorités nationales supplémentaires auraient, selon vous, le plus grand impact pour faire de la chirurgie ambulatoire de haute qualité et de la récupération à domicile la norme dans l'ensemble du NHS ?
- + Compte tenu de votre expérience en orthopédie, où voyez-vous les plus grandes opportunités de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, et quels enseignements l'orthopédie peut-elle, selon vous, apporter au système de santé dans son ensemble ?



Bjarne Skjødt Hjaltalin MD, MPG

Médecin-chef du département de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Amager et Hvidovre, Danemark

30 avril 2026

Questions :

- + Sur la base de votre expérience en anesthésiologie, en soins intensifs et en médecine d'urgence, quelles sont, selon vous, les principales garanties cliniques nécessaires pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en toute sécurité ?
- + Selon votre expérience, quels ont été les principaux obstacles pratiques au développement de la chirurgie ambulatoire dans votre hôpital ?
- + Selon votre expérience, quels ont été les principaux facteurs ayant contribué aux progrès du Danemark dans le domaine des soins ambulatoires et de la chirurgie ambulatoire ?
- + Si l'on considère plus particulièrement le Danemark, quelles tendances, selon vous, façonneront l'avenir de la chirurgie ambulatoire au cours des cinq à dix prochaines années ?
- + Compte tenu de votre rôle dans la stratégie scandinave de chirurgie ambulatoire, quels enseignements tirés de l'expérience danoise vous paraissent les plus pertinents pour les autres systèmes de santé européens ?

Le rapport *Reimagining Day Surgery* a été examiné et évalué par un panel d'experts cliniques lors d'une réunion du conseil consultatif d'une durée de 120 minutes. Le panel s'est réuni le jeudi 7 mai, de 17 h 00 à 19 h 00 (BST), par l'intermédiaire de Microsoft Teams.

Comité consultatif

Participants :



Président : M. Chris Hopson

Ancien Chief Strategy Officer du NHS England



Professeur Jaideep Pandit

Président du panel d'experts et professeur d'anesthésiologie à l'Université d'Oxford, Royaume-Uni



Laurens Van Houte

Responsable du bloc opératoire, Medisch Spectrum Twente, Pays-Bas



Daniela Matos

Infirmière en chef au Centre de santé local de Santo António, Portugal



Dr Jaroslaw J. Fedorowski

Président de la Fédération polonaise des hôpitaux (PFSz), Pologne



Jaana Perttunen

Présidente de l'European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finlande



Dr Shaan Chhabra

Responsable de la transformation et de l'amélioration des processus, Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Royaume-Uni



Dr Francesco Venneri

Directeur du Centre de gestion des risques cliniques et de la sécurité des patients de la Région Toscane, Italie

Ordre du jour

Point à l'ordre du jour	Description
Accueil et présentations	Présentation des objectifs et de l'ordre du jour de la réunion ; présentation des membres du conseil consultatif.
Partie 1a : La chirurgie ambulatoire dans mon système de santé	Les participants présentent chacun un aperçu de trois minutes de l'état actuel de la chirurgie ambulatoire dans leur pays ou leur système de santé. L'objectif est de fournir une vue d'ensemble rapide de la manière dont la chirurgie ambulatoire est actuellement définie, organisée et priorisée dans différents contextes, ainsi que d'identifier les principales similitudes et différences entre les systèmes de santé.
Partie 1b : Réflexions sur les présentations	Discussion des thèmes communs, des différences observées et de leurs implications pour le rapport. L'objectif de cette session est d'identifier les principaux schémas qui émergent dans les différents systèmes de santé et de déterminer quels sujets méritent une attention particulière dans le rapport final. Questions de discussion : 1. Quels ont été les principaux points communs et les principales différences entre les systèmes de santé présentés, et que nous apprennent-ils sur les obstacles et les facteurs de réussite de la chirurgie ambulatoire ? 2. Quels thèmes, exemples ou enseignements issus des présentations devraient être davantage mis en évidence dans le rapport ?
Partie 2 : Réflexions sur le rapport	Discussion de groupe visant à recueillir un retour sur le projet de rapport et à évaluer dans quelle mesure celui-ci reflète fidèlement les possibilités offertes par la chirurgie ambulatoire dans différents systèmes de santé. Questions de discussion : 1. Le rapport présente-t-il clairement le potentiel et l'importance de la chirurgie ambulatoire ? 2. Le rapport trouve-t-il le juste équilibre entre la mise en avant des opportunités offertes par la chirurgie ambulatoire et la reconnaissance des contraintes pratiques qui en limitent le développement ? 3. Le rapport reflète-t-il correctement les défis suivants ? Réfléchissez à la mesure dans laquelle ils sont pertinents dans votre propre système de santé, même s'ils ne sont pas abordés explicitement dans le rapport. + Pression sur les capacités d'hospitalisation + Pénuries de personnel + Efficacité des processus au bloc opératoire + Retards et listes d'attente pour les interventions programmées + Contraintes financières + Autres éléments qui, selon vous, devraient être ajoutés au rapport
Partie 3 :	Cette session vise à déterminer si le rapport met l'accent sur les bonnes interventions, les spécialités pertinentes et les principales opportunités de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit également d'évaluer dans quelle mesure le cadre de priorisation proposé correspond à la réalité observée dans les différents systèmes de santé, et d'identifier d'éventuelles spécialités, interventions ou tendances émergentes qui ne seraient pas encore suffisamment prises en compte dans le projet de rapport. Le groupe est invité à examiner où se situent les plus grandes opportunités de gains rapides en capacité, dans quels domaines les progrès sont plus lents que prévu et quels secteurs sont susceptibles de façonner l'évolution future de la chirurgie ambulatoire. Questions de discussion : 1. L'approche proposée pour établir les priorités vous paraît-elle pertinente ? + Interventions à fort volume bénéficiant de parcours de soins matures permettant une sortie le jour même + Interventions pour lesquelles les données probantes sont solides, mais dont l'adoption reste limitée + Interventions pionnières susceptibles de devenir éligibles à la chirurgie ambulatoire à l'avenir 2. Quelles spécialités ou quelles interventions sont, selon vous, les plus importantes à prendre en compte dans votre système de santé ?

Point à l'ordre du jour	Description
Partie 4 : Amélioration de l'efficacité au bloc opératoire	Cette session vise à évaluer dans quelle mesure les recommandations formulées dans le projet de rapport sont suffisamment pratiques, pertinentes et applicables dans différents systèmes de santé. La discussion portera principalement sur la question de savoir si le rapport identifie les bonnes mesures, les bonnes priorités et les leviers appropriés pour soutenir une adoption plus large des soins ambulatoires et de la chirurgie ambulatoire dans des contextes variés. Les participants sont invités à réfléchir à la manière dont le rapport peut le mieux soutenir les cliniciens, les responsables de santé et les décideurs politiques. La session examinera également quelles orientations complémentaires, quels exemples ou quelles adaptations pourraient être nécessaires afin de garantir que les recommandations soient à la fois convaincantes et réellement applicables dans la pratique Questions de discussion : 1. Les recommandations proposées reflètent-elles les principales mesures nécessaires pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire ? 2. Quelles recommandations vous paraissent les plus réalisables dans votre système de santé ? 3. Quelles recommandations, selon vous, seront les plus difficiles à mettre en œuvre ou les plus susceptibles de susciter des controverses ? 4. Le rapport fournit-il des orientations suffisantes concernant : + la réorganisation des effectifs et des modèles de travail ; + les capacités protégées pour les interventions programmées ; + les incitations financières et les systèmes de financement ; + les considérations relatives à la sécurité des patients et à l'équité ; + l'utilisation des outils numériques et du suivi à distance ?
Prochaines étapes et actions de suivi	Présentation des prochaines étapes, du calendrier de développement du rapport et invitation à fournir des commentaires complémentaires.

Lors de la réunion du conseil consultatif, l'accent a été mis sur la validation des conclusions et des recommandations du projet de rapport consacré à la chirurgie ambulatoire, tout en recueillant des perspectives internationales sur les obstacles, les facteurs favorables et les opportunités futures liés à l'extension des parcours de soins avec sortie le jour même.

Aperçu des thèmes abordés

1. L'état actuel de la chirurgie ambulatoire dans les différents systèmes de santé

Les participants ont partagé leur vision de la manière dont la chirurgie ambulatoire est actuellement définie, organisée et priorisée au sein de leurs pays et systèmes de santé respectifs. Les discussions ont porté sur les différences en matière de cadres politiques, de niveau d'adoption, de modèles de financement, d'infrastructures et de parcours de soins cliniques.

Les principaux sujets abordés comprenaient notamment :

- + Les différences entre les définitions nationales et les méthodes de mesure de la chirurgie ambulatoire et des soins ambulatoires
- + Le degré de priorité accordé à la chirurgie ambulatoire dans les politiques de santé et les stratégies hospitalières
- + Les obstacles les plus fréquents à la poursuite de son développement, notamment les pénuries de personnel, les contraintes infrastructurelles et les défis liés aux systèmes de financement
- + Des exemples d'approches ayant permis d'accélérer avec succès l'adoption de la chirurgie ambulatoire

2. Thèmes communs et enseignements tirés des différents systèmes de santé

À l'issue des présentations, le groupe a réfléchi aux similitudes et aux différences observées entre les différents systèmes de santé et en a discuté les implications pour le rapport.

La discussion a porté sur :

- + Les défis communs qui influencent le développement de la chirurgie ambulatoire, indépendamment du contexte géographique
- + Les facteurs favorables à l'échelle du système associés à une plus forte adoption de la chirurgie ambulatoire
- + Les enseignements pouvant être partagés entre les différents systèmes de santé
- + Les sujets auxquels le rapport devrait accorder une attention particulière à la lumière des thèmes récurrents identifiés dans les présentations

3. Réflexions sur le projet de rapport

Le conseil consultatif a examiné dans quelle mesure le rapport reflète fidèlement les opportunités offertes par la chirurgie ambulatoire et prend en compte de manière appropriée les réalités auxquelles sont confrontés les systèmes de santé.

Les principaux sujets abordés comprenaient notamment :

- + La question de savoir si le rapport met suffisamment en évidence l'importance stratégique de la chirurgie ambulatoire
- + L'équilibre entre la mise en valeur des opportunités offertes par la chirurgie ambulatoire et la reconnaissance des défis pratiques liés à sa mise en œuvre
- + La mesure dans laquelle le rapport reflète les principaux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, notamment :
 - les contraintes liées aux capacités d'hospitalisation
 - les pénuries de personnel
 - l'efficacité des activités au bloc opératoire
 - les retards dans les soins programmés
 - les contraintes financières
- + L'identification d'éventuels défis supplémentaires ou de facteurs contextuels qui devraient être pris en compte dans le rapport

4. Priorisation des interventions et opportunités futures

Cette discussion a permis d'évaluer si le rapport met l'accent sur les interventions, les spécialités et les opportunités les plus pertinentes pour soutenir la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire.

Les sujets abordés comprenaient notamment :

- + La pertinence du cadre de priorisation proposé
- + Les possibilités d'étendre davantage les parcours de soins existants pour les interventions courantes avec sortie le jour même
- + Les interventions pour lesquelles les données probantes en faveur de la chirurgie ambulatoire sont solides, mais dont l'adoption reste limitée
- + Les interventions émergentes et innovantes susceptibles de devenir éligibles à la chirurgie ambulatoire à l'avenir
- + Les opportunités propres à certaines spécialités ainsi que les différences observées entre les systèmes de santé
- + Les domaines dans lesquels les progrès ont été plus lents que prévu et les raisons sous-jacentes à cette situation

5. Amélioration de l'efficacité au bloc opératoire et à l'échelle du système

Le conseil consultatif a examiné dans quelle mesure les recommandations formulées dans le rapport sont pratiques, réalisables et pertinentes dans différents contextes de soins.

Les sujets abordés comprenaient notamment :

- + La pertinence des mesures proposées pour accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire
- + La faisabilité des différentes recommandations dans les systèmes de santé représentés
- + Les recommandations susceptibles de rencontrer les plus grandes difficultés de mise en œuvre ou de susciter des controverses
- + Les orientations fournies par le rapport concernant :
 - la réorganisation des effectifs et des modèles organisationnels
 - les capacités protégées pour les interventions programmées
 - les incitations financières et les systèmes de financement
 - les considérations relatives à la sécurité des patients et à l'équité
 - l'utilisation des outils numériques et du suivi à distance

