



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

TEXTE COURT

Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?

Décembre 2010

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication

2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en **décembre 2010**.

© Haute Autorité de Santé – **2010**.

ÉQUIPE

Ce document a été réalisé par M^{me} le D^r Michèle MORIN-SURROCA, docteur en médecine, et M^{me} le D^r Fabienne QUENTIN, docteur ès sciences, chefs de projet au service évaluation des actes professionnels, sous la responsabilité de M^{me} le D^r Sun Hae LEE ROBIN, chef de service évaluation des actes professionnels.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{lle} Virginie HENRY, documentaliste, avec l'aide de M^{lle} Yasmine LOMBRY et de M^{lle} Marianne POUGHON, sous la responsabilité de M^{me} Christine DEVAUD, adjoint au chef de service, et de M^{me} le D^r Frédérique PAGÈS, docteur ès sciences, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par M^{me} Louise Antoinette TUIL.

Pour tout contact au sujet de ce rapport :

Tél. : 01 55 93 71 12

Fax : 01 55 93 74 35

Courriel : contact.seap@has-sante.fr

version avant corrections typographiques

TABLE DES MATIÈRES

ÉQUIPE	3
TEXTE COURT DU RAPPORT D'ÉVALUATION : QUELS NIVEAUX D'ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES POUR LA RÉALISATION D'ACTES INTERVENTIONNELS ?	5
I. CONTEXTE	5
II. CHAMP DE L'ÉVALUATION	7
III. MÉTHODE.....	7
IV. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE	8
IV.1 ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES POUR LA RÉALISATION D'ACTES INTERVENTIONNELS EN AMBULATOIRE – LE CONTEXTE FRANÇAIS	8
IV.1.1 Description des environnements techniques	8
IV.1.2 Identification de critères discriminants d'orientation pour la réalisation d'actes interventionnels.....	9
IV.2 ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES POUR LA RÉALISATION D'ACTES INTERVENTIONNELS EN AMBULATOIRE – LE CONTEXTE INTERNATIONAL.....	9
IV.2.1 Description des environnements techniques – les modèles internationaux	9
V. LA POSITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	11
VI. CONCLUSION	12

TEXTE COURT DU RAPPORT D'ÉVALUATION : QUELS NIVEAUX D'ENVIRONNEMENTS TECHNIQUES POUR LA RÉALISATION D'ACTES INTERVENTIONNELS ?

La Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour les deux évaluations suivantes :

- UNCAM : actes techniques ou interventionnels décrits à la CCAM comme étant habituellement réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale mais dont la réalisation dans certains cas, ne nécessite pas la présence d'un anesthésiste et apparaît donc possible en cabinet.
- DHOS : actes techniques ou interventionnels qui, sans toutefois justifier une hospitalisation, nécessitent un environnement hospitalier, soit parce qu'ils nécessitent le recours à un secteur opératoire, soit parce qu'ils imposent une surveillance médicalisée des patients. Il s'agit des actes listés dans les forfaits environnements hospitaliers.

Ces deux demandes concernaient la définition des conditions de réalisation d'actes techniques ou interventionnels ne nécessitant pas d'hospitalisation à temps complet, aussi a-t-il été décidé de les traiter conjointement.

L'objectif de cette évaluation est d'aborder l'environnement technique en termes de locaux, équipements et de ressources humaines pour garantir qualité et sécurité des soins.

I. CONTEXTE

Les progrès technologiques relatifs aux techniques interventionnelles ou à la simplification des modalités anesthésiques et la nécessité de maîtriser les dépenses des établissements de santé ont conduit à réfléchir sur le choix de l'environnement technique pour la réalisation d'actes interventionnels. La question d'imposer ou non la réalisation de certains actes au bloc opératoire et en corollaire, de permettre leur exécution en dehors des établissements de santé se pose.

Ce processus n'est cependant envisageable que si les ressources humaines et matérielles sont suffisantes et appropriées pour garantir le maintien de la qualité des soins.

En France, l'offre de soins distingue les cabinets médicaux d'une part et les établissements de santé d'autre part.

Il existe ainsi :

- les cabinets médicaux représentant la médecine dite de « ville ou libérale » qui assure des soins primaires. Cette « structure cabinet de ville » n'est pas définie règlementairement et son niveau d'équipement est hétérogène et varie selon la spécialité exercée. Les cabinets dédiés à la « consultation simple » ont un équipement minimal alors que les « cabinets de spécialités plus techniques » peuvent être équipés pour pratiquer des actes de « petite chirurgie ».

Les actes qui y sont réalisés ne nécessitent pas d'hébergement et ces structures qui délivrent des soins primaires ne sont pas considérées comme des établissements de santé.

- les établissements de santé représentant la médecine hospitalière, il s'agit des hôpitaux publics ou privés. Les établissements délivrent des soins avec ou sans hébergement et possèdent généralement une activité de consultation externe. Ils sont définis sur une base fonctionnelle fondée sur leur mission et non sur leur statut (article L6111-1 du CSP).

La qualification d'une structure en établissement de santé impose des obligations en termes de politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, et de gestion du risque qui sont définies règlementairement (article L6111-2 du CSP).

La création d'un établissement de santé est soumise à autorisation délivrée par les agences régionales de santé (ARS) ainsi que précisée dans le code de la santé publique (article L6122-1).

A coté de l'activité à temps complet, le code de la santé publique définit des alternatives à l'hospitalisation (article R 6122-7) qui comprennent les structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Les soins médicaux ou chirurgicaux qui sont pratiqués dans ces structures nécessitent une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ces structures ont pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet et assurent des prestations en tout point identique à celles qui sont habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation complète, elles permettent aux patients un retour à domicile après la réalisation de l'acte. Les soins dispensés se distinguent de ceux délivrés en consultation externe ou lors de visites à domicile.

La frontière délimitant les activités qui relèvent d'un cabinet de consultation ou d'un établissement de santé est floue et évolutive.

Différentes décisions juridictionnelles ont néanmoins considéré que le fait d'exercer, pour une structure, une des activités mentionnées à l'article L 6111-2 du Code de la Santé Publique lui conférerait la qualification d'un établissement de santé (TA Pau en 1996, TA Poitiers en 1997, TA Nice en 1999 et CAA de Lyon en 2002).

Sur le plan tarifaire, la facturation des actes réalisés en cabinet médical « de ville » est possible s'ils sont intégrés dans référentiel SESAM¹ Vitale. Ce référentiel s'adresse aux actes de la CCAM qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou locorégionale réalisée par un médecin différent de celui qui réalise l'acte.

Pour le champ hospitalier, les actes réalisés lors d'une hospitalisation à temps complet ou partiel relève de la T2A sous forme de forfaits de séjour et de soins dénommés « groupe homogène de séjour ».

L'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale a introduit cette nouvelle catégorie de prestations d'hospitalisation : les forfaits « sécurité et environnements hospitaliers », pour permettre la rémunération des actes dont la réalisation nécessite le recours à un secteur opératoire ou à une surveillance dans un environnement hospitalier. Quatre forfaits, SE1 à SE4 établissant 4 listes d'actes ont ainsi été créés.

¹ SESAME : Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie.

II. CHAMP DE L'ÉVALUATION

Les actes techniques interventionnels concernés par les deux demandes ne nécessitent pas d'hospitalisation à temps complet, c'est-à-dire pas d'hébergement.

Trois cents actes environ, étaient initialement concernés par les demandes. Une première analyse a montré qu'il n'était pas possible de définir les conditions de réalisation pour chacun de ces actes en raison :

- de l'impossibilité d'établir une liste exhaustive d'actes²
- du manque de données fiables par absence de littérature scientifique
- de l'ampleur de l'évaluation au regard du grand nombre d'actes, les données apparaîtraient rapidement obsolètes et incomplètes.

Une approche globale des conditions de réalisation a semblé plus réaliste, elle permet de plus, de privilégier une approche transdisciplinaire.

La finalité de ce travail est de :

- proposer différents niveaux d'environnements de soins en termes d'équipements (liste non exhaustive), de personnels et d'organisation des locaux pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ;
- d'identifier des critères génériques discriminants pour décider de l'orientation de la réalisation de ces actes interventionnels vers l'environnement technique le plus approprié.

L'élaboration d'une liste d'actes à réaliser dans un environnement précis étant impossible, l'objectif est de fournir aux décideurs, un outil pour qu'ils puissent engager une discussion au cas par cas, avec les professionnels de santé, sur le choix de l'environnement technique le plus adapté en fonction de critères discriminants d'orientation.

En accord avec les demandeurs, la définition du lieu de réalisation en tant qu'entité géographique n'est pas abordée.

Ce rapport ne décrit pas les procédures nécessaires à la réalisation des actes (exemple : le suivi du patient, le consentement du patient).

III. MÉTHODE

La méthode d'évaluation est fondée sur :

- l'analyse critique des données identifiées de la littérature ; notamment des recommandations organisationnelles existantes ;
- le recueil par questionnaire, de la position de professionnels de santé concernés et discutée en réunion de travail.

La recherche limitée aux publications en langue anglaise et française a porté sur la période de janvier 1998 à août 2010. Une veille a été réalisée jusqu'en août 2010.

La littérature étant peu spécifique et peu abondante sur ce sujet organisationnel, tous documents servant de référentiels à la certification des structures de soins ou les recommandations ont été conservés, quelles que soient leurs modalités d'élaboration.

² La DGOS dans sa circulaire n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 indique qu'il est impossible de produire une liste exhaustive des prises en charges n'autorisant pas la facturation d'un GHS. De plus, elle précise qu'il est difficile en pratique de fixer une frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge relevant de « l'activité externe ».

L'objectif était notamment d'établir une description des environnements techniques de soins et d'identifier des critères discriminants d'orientation pour la réalisation d'actes interventionnels.

Les sociétés savantes concernées par le sujet ont été consultées à l'aide d'un questionnaire pour recueillir leur position sur :

- le contenu du rapport
- l'élaboration de niveaux d'environnement technique spécifiques
- l'identification de critères discriminants pour orienter la réalisation des actes interventionnels vers l'environnement technique spécifique le plus approprié.

Une réunion de travail a ensuite été organisée pour permettre de présenter les résultats des questionnaires et aborder les différents aspects de cette évaluation.

IV. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

IV.1 Environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire – le contexte français

IV.1.1 Description des environnements techniques

- Les cabinets médicaux

Il n'existe pas de définition, en particulier règlementaire de l'environnement technique des cabinets médicaux. L'équipement et l'agencement des locaux doivent selon le code de déontologie (article 71) être adaptés à la nature des soins pratiqués et garantir la sécurité du patient.

Certaines recommandations destinées à réduire les risques infectieux apportent toutefois des éléments sur l'équipement et l'aménagement des locaux des cabinets médicaux.

Il est recommandé de distinguer un secteur « très exposé » à la contamination : entrée, salle d'attente, sanitaires et local de rangement d'un secteur « protégé » : salle d'examen et de soins et le bureau.

La zone d'examen et de soins doit notamment comporter un point d'eau pour l'hygiène des mains, le mobilier, les équipements et les revêtements doivent être d'entretien facile.

Les dispositifs médicaux propres ou stériles doivent être stockés à l'abri d'une contamination microbienne dans des placards fermés.

- Les structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire (ACA)

Ces structures sont définies par le code de la santé publique (article D 6124-301 et D 6124-302).

La structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire dispose d'un secteur opératoire dont les caractéristiques sont définies par l'arrêté du 7 janvier 1993.

Cette zone regroupe plusieurs secteurs qui permettent la prise en charge du patient à différents temps de son intervention : préparation du patient, réalisation de l'acte, surveillance post interventionnelle notamment. Elle dispose de moyens pour assurer son fonctionnement autonome et la prise en charge de tout évènement intercurrent lié à l'acte ou à l'anesthésie.

Le bloc opératoire est donc une enceinte dédiée à la réalisation d'actes invasifs, quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements

adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients.

La structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire doit en outre comprendre le matériel destiné à la réalisation et la surveillance d'une anesthésie conformément aux termes du décret °94 -1050 du 5 décembre 1994.

Sur le plan du personnel, les textes règlementaires (article D 6124-303 du CSP) imposent la présence minimale d'un médecin anesthésiste réanimateur, d'infirmier et d'un « médecin qualifié » pendant toute la durée de fonctionnement de la structure.

IV.1.2 Identification de critères discriminants d'orientation pour la réalisation d'actes interventionnels

L'analyse des éléments règlementaires et des différentes recommandations professionnelles a montré que la modalité anesthésique est un élément clé du choix de l'environnement technique, pour la réalisation d'un acte interventionnel.

Les contraintes organisationnelles sont variables selon la nature de l'anesthésie pratiquée. La pratique de l'anesthésie générale ou locorégionale en établissement est régie par un décret. Toutefois et comme le précisent les recommandations et les résumés de caractéristiques des produits, il est indispensable de disposer de moyens destinés à prendre en charge notamment les manifestations de surdosage.

La modalité anesthésique a un impact direct sur la constitution de l'environnement en termes d'équipement et de personnel.

L'analyse du modèle organisationnel de la chirurgie ambulatoire apporte un éclairage important. Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) ont proposé des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire. Ces critères se fondent sur la maîtrise des risques qu'ils soient liés à l'acte ou au profil des patients.

La gestion du risque infectieux impose la mise en œuvre de procédure d'hygiène et de désinfection de l'environnement, du matériel et des locaux en fonction de la nature de l'activité réalisée.

Par exemple, la classe de contamination de l'acte chirurgical, le recours à des dispositifs médicaux et la nature des déchets médicaux produits par les soins représentent quelques uns des éléments à considérer.

La prise en compte des facteurs de risques infectieux constitue un critère d'orientation discriminant de la réalisation de l'acte.

L'analyse du profil de risque du patient se fonde sur les scores ASA. D'autres facteurs sont à considérer comme la prise d'anticoagulants, l'existence de certaines pathologies qui peuvent également constituer un facteur de risque d'infections : diabète, obésité, immunodépression.

IV.2 Environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire – le contexte international

IV.2.1 Description des environnements techniques – les modèles internationaux

La littérature internationale essentiellement composée de recommandations, a montré un panel différencié d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire.

Il existe ainsi plusieurs modèles organisationnels :

- des structures d'anesthésie et chirurgie ambulatoires Intégrées à un établissement de santé ou indépendantes.
- des « *office based surgery* » ou cabinets de chirurgie où sont pratiqués des actes chirurgicaux avec ou sans anesthésie y compris générale. Ces « *office based surgery* » sont classés selon trois niveaux organisationnels de complexité croissante.

Plusieurs guides et recommandations ont établi un cahier des charges pour la réalisation d'interventions chirurgicales dans les cabinets chirurgicaux : « *office based surgery* » afin d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients. Trois niveaux d'environnements de complexité croissante sont ainsi décrits.

A ces environnements sont associés des critères d'orientation discriminants qui reposent sur :

- la complexité de l'anesthésie réalisée et profil de risque de l'acte chirurgical ;
- le profil des intervenants : nombre et niveau de qualification en « réanimation » ;
- Le profil de risque du patient défini par le score ASA.

La composition des environnements techniques et la nature des critères d'orientation correspondants sont donc définies comme suit :

Niveau 1 :

Le niveau 1 possède l'équipement et le matériel le plus simple, il est adapté à la réalisation d'actes interventionnels et à la prise en charge basique de complications cardiorespiratoires avec notamment une « pharmacie d'urgence » classique. Le personnel est réduit à l'opérateur et éventuellement à un assistant.

Les critères discriminants d'orientation vers ce niveau sont :

- anesthésie : topique, locale, blocs digitaux ou locaux ;
- actes : mineurs ;
- patients : ASA 1, 2, \pm 3.

Niveau 2 :

Le niveau 2 a un niveau d'équipement supérieur pour faire face à une prise en charge plus importante et complexe que le niveau 1, notamment la gestion d'une réanimation, il dispose d'une salle de surveillance après l'intervention, d'un système continu d'administration de l'oxygène. La pharmacie est complétée par des médicaments pour traiter l'hyperthermie maligne, les troubles du rythme, les œdèmes aigus du poumon,...

Le personnel est renforcé tant sur le plan du nombre que des compétences avec la présence d'un assistant dédié à la surveillance des patients sédatisés.

Les critères discriminants d'orientation vers ce niveau sont :

- anesthésie : locale avec tumescence, sédation + anesthésie locale, sédation + analgésie ;
- actes : mineurs ou majeurs ;
- patients : ASA 1, 2, 3, \pm 4, accompagnement du patient.

Niveau 3 :

Le niveau 3 constitue un secteur opératoire avec une zone opératoire, une zone de réveil et une salle de décontamination, désinfection. L'environnement de niveau 3 implique la présence d'un médecin anesthésiste, donc adapté à la réalisation d'une anesthésie générale.

Les critères discriminants d'orientation vers ce niveau sont :

- anesthésies : régionale, générale, sédation/analgésie profonde ;
- actes : mineurs ou majeurs ;
- patients : ASA 1, 2, + 3, ± 4.

Au total, l'analyse de l'ensemble des données disponibles a permis de décrire différentes modalités organisationnelles qui sont définies soit dans un cadre réglementaire soit dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques. Un certain nombre de critères discriminants pour décider de l'orientation de la réalisation de l'acte ont également été identifiés, il s'agit des modalités anesthésiques, des critères liés à l'acte et au patient.

Ces niveaux d'environnement techniques de complexité croissante permettent de proposer un panel différencié, du plus simple, permettant la réalisation d'actes mineurs (au sens « peu porteurs de complications ») et réalisés sous anesthésie locale ou topique à un environnement le plus complexe de type secteur opératoire similaire à une structure de type anesthésie ou chirurgie ambulatoire.

Cette analyse a montré qu'il était possible d'envisager la création d'environnements techniques diversifiés.

V. LA POSITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le recueil de la position des professionnels de santé a été réalisé en plusieurs temps :

- l'interrogation par questionnaire sur d'une part les niveaux d'environnement en termes d'équipements, de locaux, de personnels et d'autre part les critères discriminants susceptibles d'influer sur le niveau d'environnement requis.
- La réunion des professionnels de santé pour aborder les différents aspects de l'évaluation.

Les professionnels de santé ont estimé que la réunion était indispensable pour clarifier la finalité du travail. Ils ont considéré que la constitution d'environnements diversifiés de complexité croissante était légitime. Il leur est apparu justifié d'optimiser le recours à l'environnement technique le plus adapté aux besoins sans rechercher l'environnement le plus complexe. Ils ont néanmoins exprimé le souhait que le motif d'orientation se fonde sur des critères médicaux et ne se limite pas à un raisonnement purement budgétaire.

L'analyse des données de la littérature a été partagée avec un accord sur les paramètres proposés pour définir les trois niveaux d'environnements (aménagement des locaux, équipement, personnels).

Les professionnels ont considéré que le niveau 1 correspondait à l'environnement le plus simple permettant la réalisation de gestes interventionnels de façon régulière. A ce titre, il ne peut être représenté par le cabinet de consultation standard.

La nécessité de respecter les procédures d'hygiène et d'asepsie a été particulièrement soulignée par les membres du groupe de travail.

Enfin sur le plan du personnel, il a été considéré que la réalisation de l'acte dans cet environnement ne nécessitait pas la présence d'un tiers.

Le niveau 2 est apparu plus difficile à définir, considérant la proximité des niveaux 2 et 3 en termes d'équipement et de locaux dans les données publiées mais également au travers des réponses au questionnaire.

Il comporterait une zone de soins offrant une aseptie renforcée par rapport au niveau 1, une zone permettant au patient de récupérer avant son départ, sans qu'elle

ne corresponde à la zone de surveillance post interventionnelle définie réglementairement.

Ce niveau disposerait de personnel dédié à la surveillance du patient au cours et au décours de l'acte. Le recours possible à un anesthésiste présent sur site constituerait, sans être obligatoire, une des caractéristiques de ce niveau. Ce niveau intermédiaire est susceptible de recouvrir des situations cliniques très variées selon la nature de l'activité pratiquée, le niveau d'asepsie requis et la nécessité d'un recours à un anesthésiste. Il pourrait se décomposer en 2 sous niveau en fonction de la présence ou non d'un anesthésiste sur site.

Il a été admis que le niveau 3, le plus complexe, correspondrait aux structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire qui ont une définition réglementaire.

Les membres du groupe de travail ont estimé qu'il était difficile d'être plus précis, à ce stade de la réflexion, sans considérer l'acte interventionnel.

Les catégories de critères d'orientation ont été validées par les professionnels de santé.

La modalité anesthésique constitue un critère, l'anesthésie locale étant compatible avec un environnement de niveau 1 alors que l'anesthésie générale est réservée au niveau 3.

Pour les critères liés à l'acte, les professionnels de santé ont particulièrement mis en avant : la désinfection du matériel, le recours à des examens d'imagerie, la participation d'une tierce personne et la nécessité d'une surveillance à la suite de l'acte.

Pour les critères liés au patient, ont été retenus le niveau ASA et des facteurs tels que la prise d'anticoagulants, l'existence d'une démence, d'une obésité morbide ... Ces critères ne sont pas exhaustifs et doivent être discutés dans le cadre d'une évaluation du risque en fonction de l'acte interventionnel considéré.

Ces critères constituent une première étape de réflexion, cette liste devant être complétée secondairement en fonction d'un acte ou d'une typologie d'actes.

Les membres du groupe de travail ont considéré que chaque spécialité pourrait s'appuyer sur ce travail afin poursuivre la réflexion et compléter les critères d'orientation actuellement proposés.

VI. CONCLUSION

Le champ de l'évaluation concernait la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire.

L'objectif de ce travail était de proposer différents niveaux d'environnement de soins et d'identifier des critères génériques discriminants permettant de choisir l'environnement technique le plus adapté, pour la réalisation de ces actes interventionnels.

Actuellement deux niveaux existent en France : d'une part le cabinet médical non défini réglementairement et dont l'équipement est variable selon les spécialités et d'autre part les établissements de soins, définis sur le plan fonctionnel réglementairement. A l'étranger l'éventail des environnements techniques permettant la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire est plus diversifié.

L'analyse des données publiées a permis de décrire différents niveaux techniques du plus simple au plus complexe et d'identifier des critères d'orientation discriminants pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire.

Les données publiées ont montré qu'il était possible d'établir une correspondance entre niveaux d'environnement et critères d'orientation.

Les critères discriminants permettant l'orientation de la réalisation des actes interventionnels vers un des environnements ont été identifiés dans les données publiées et confirmés par les professionnels de santé. Il s'agit de critères liés à l'acte, au patient et à la modalité anesthésique. Ces critères sont généralement discutés dans le cadre de l'évaluation du profil à risque du patient avant la réalisation de l'acte interventionnel.

Cette analyse de la littérature été complétée par le recueil de la position des professionnels de santé. Le groupe de travail a considéré légitime, compte tenu des progrès techniques, d'envisager des niveaux d'environnement techniques de complexité croissante. Certains actes interventionnels sont effectivement réalisés sur des plateaux techniques les plus complexes, puisque des environnements plus légers ne sont pas définis et organisés.

Il a été néanmoins souligné que l'orientation de la réalisation de ces actes interventionnels devait se fonder sur une démarche de maîtrise des risques et de garantie de la qualité des soins.

Le développement de niveaux d'environnements différenciés de complexité croissante semble donc envisageable en France. Ainsi trois niveaux pourraient être proposés.

Si le niveau 1 constitue l'environnement le plus simple, il ne correspond pas au cabinet médical habituel. La réalisation d'acte interventionnel impose le respect de procédures d'hygiène et donc un certain nombre de contraintes organisationnelles. Ce niveau 1 pourrait être assimilé à un cabinet médical technique, comme il en existe pour la réalisation d'actes techniques par exemple en ORL, dermatologie ou chirurgie dentaire.

Le niveau 2 permettrait de répondre au besoin d'une d'asepsie renforcée et / ou de personnel pour surveiller le patient au cours et au décours de l'acte, sans qu'il ne s'agisse d'une surveillance de type salle de surveillance post interventionnelle. Il permettrait le recours à un anesthésiste sur site.

Le niveau 3 le plus complexe, pour la réalisation d'actes interventionnels correspond aux structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Ce travail propose un outil aux professionnels de santé et aux décideurs institutionnels pour la constitution de différents niveaux d'environnements techniques et le cas échéant permettre l'adaptation du cadre règlementaire. Il met également à disposition des critères pour orienter de façon optimale la réalisation des actes interventionnels en ambulatoire.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr