Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2017, 70, 2, p. 16-22



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

# Comment organiser en pratique libérale avec un établissement de santé un traitement thermique endoveineux des varices des membres inférieurs par un médecin vasculaire interventionnel ?

## Description des contraintes et obligations du nouveau médecin vasculaire libéral interventionnel

# *How to organize in liberal practice with a medical clinic by a vascular physician, endovenous thermal treatments of varicose disease of the lower limbs?*

## *"Description of constraints and obligations of the new liberal interventional vascular physician"*

Lagarde I.

**Résumé**

Pour le « nouveau médecin vasculaire libéral interventionnel », la mise en œuvre d'un traitement thermique endoveineux (TTEV) ne se résume pas à une chirurgie rapide.

Un TTEV est une chirurgie ambulatoire organisée, soumise à autorisation de l'ARS et à des contraintes fortes de fonctionnement et à des moyens réglementaires.

Ces contraintes ont pour but de garantir la qualité de la prise en charge, la sécurité du patient et la maîtrise des dépenses de soins. Face à ces exigences, les responsabilités du « médecin vasculaire libéral interventionnel » tant médicales qu'organisationnelles sont accrues.

En pratique, nonobstant ses responsabilités économiques de médecin traitant, le « médecin vasculaire libéral interventionnel » pour son activité de chirurgie ambulatoire a des obligations identiques à celles d'un chirurgien exerçant dans un établissement de santé, ce qui lui impose des obligations en termes de fiabilité, de sécurité et de qualité des soins.

**Abstract**

*For an "interventional vascular physician „the implementation of endovascular thermal treatment" (EVTT) is not just a matter of quick and ambulatory procedure.*

*(EVTT) is organized for outpatient surgery, whigh is subject to an authorization of the regional health agengy and to strong operating constraints and regulatory means.*

*The aim of these constraints is to guarantee the quality of care, the safety of the patient and the control of care expenses.*

*Faced with these demands, the medical organizational responsibilities of the "new interventional liberal vascular physician" are increased.*

*In practice, notwithstanding his economic responsibilities as a treating physician, the "new interventional liberal vascular physician" has the same obligations as a classical surgeon practicing in a healthcare establishment, which imposes obligations on his reliability, safety and quality of care.*

*Isabelle Lagarde. Médecin vasculaire.*
isabelle.lagardemari@gmail.com

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



Durant toute la durée de son activité chirurgicale ambulatoire, le « médecin vasculaire libéral interventionnel » n'aura de cesse de se prémunir des risques d'évènements indésirables et de leurs conséquences juridiques, tout en s'assurant de la viabilité de son activité, voire de sa rentabilité.

Le choix de la structure au sein de laquelle il pratiquera un TTEV n'est donc pas anodin. Si son choix s'oriente vers une structure de chirurgie ambulatoire externe, un travail important de compréhension, d'adaptation et de complémentarité entre sa propre organisation et celle de l'établissement d'accueil est nécessaire.

Ce travail organisationnel et les obligations de surveillance de toute la chaine thérapeutique qui incombe au médecin vasculaire libéral interventionnel ne doivent pas être pris à la légère, car les conséquences financières voire juridiques, (en cas de faute avérée et même si l'établissement de santé pourrait en être la véritable cause) peuvent être très graves.

***Mots clés :*** *Traitements thermiques endoveineux (TTEV), « médecin vasculaire libéral interventionnel », chirurgie ambulatoire, responsabilité, organisation, prévention des risques, conséquence juridique, conséquence financière, fiabilité, sécurité, qualité.*

*Throughout the duration of its ambulatory surgical activity, the "new interventional liberal vascular physician" will constantly protect himself against the risks of undesirable events and their legal consequences, while ensuring the viability of his activity, of its profitability.*

*The choice of the structure within which he will practice EVTT is therefore not insignificant. If the patient chooses an outpatient surgical structure, an important job of understanding, adapting and complementing his own organization and that of the host institution, is required.*

*This organizational work and the monitoring obligations of the entire therapeutic chain which is the responsibility of the "new interventional liberal vascular physician" should not be taken lightly, as the financial or even legal consequences (in case of proven fault and even if the health facility could be the real cause), can be very serious.*

**Keywords:** endovascular thermal treatment (EVTT), ambulatory surgery, interventional procedure, liability, organization, risk prevention, legal consequences, financial consequences, reliability, safety, quality.

## Introduction : des questions moins médicales qu'organisationnelles

Cette étude intéresse plus particulièrement les médecins vasculaires libéraux installés en cabinet médical de ville et souhaitant pratiquer des traitements thermiques endoveineux (TTEV) en établissement de santé partenaire (structure d'accueil), de manière à assurer la qualité du traitement, le confort et la sécurité du patient, mais pas seulement.

- Il existe de nombreuses publications médicales sur la technique de traitement thermique des veines, sa pertinence et son efficacité.
- Il existe également de nombreux guides méthodologiques et techniques destinés aux établissements de santé qui développent une activité de chirurgie ambulatoire.
- Par contre, il n'existe pas d'ouvrage décrivant la réalité des pratiques d'un médecin libéral qui réalise de surcroît des procédures interventionnelles en ambulatoire.

Ce n'est pas tant les aspects médicaux du TTEV qui sont abordés dans ce texte que les aspects organisationnels nécessaires à la prise en charge du patient par un médecin libéral dans un établissement de santé.

La question des capacités d'adaptation des médecins libéraux « opérateurs », face aux contraintes réglementaires de plus en plus lourdes, se pose.

## Le TTEV est un acte de chirurgie ambulatoire des varices

**C'est une condition sine qua none :**

- Pour l'assurance maladie, cet acte est une méthode de destruction des veines qui doit se pratiquer en secteur opératoire [1].
- Pour le ministère des affaires sociales et de la santé, la chirurgie des varices est citée parmi les actes concernés par la chirurgie ambulatoire [2].

**Les structures de chirurgie ambulatoire sont soumises à autorisation : une bonne raison pour pratiquer à l'extérieur de son cabinet.**

La chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

Les destinataires de cette autorisation peuvent être :

- un établissement de santé,
- un ou plusieurs médecins,
- ou une personne morale.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



Pour cela, il est nécessaire de demander une autorisation à l'ARS, comme pour toute activité médicale, chirurgicale, de radiologie, etc. Conformément à l'article L6122-1 du code de la santé publique [3]. (Voir formulaire en annexe)

## Quelle structure de chirurgie ambulatoire pour pratiquer le TTEV ?

### L'HAS distingue quatre modèles d'organisations ambulatoires :

- **Les structures intégrées :** elles ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun.
- **Les structures de fonctionnement autonome :** elles disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.
- **Les structures satellites :** elles comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.
- **Les structures indépendantes (« free standing centers ») :** elles comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

Dans le cas qui nous intéresse, celui du médecin de ville « opérant ou interventionnel », ces quatre structures sont susceptibles de l'accueillir ; chacune dispose de sa propre politique d'établissement devant, entre autre, inscrire la chirurgie ambulatoire comme une priorité [4].

### Quand des considérations psycho-sociologiques guident le choix de l'établissement :

Les aspects sociologiques de la relation entre le médecin libéral opérant et les autres acteurs de l'établissement de santé ne sont pas à négliger dans le choix de l'établissement.

Voici quelques caractéristiques psycho-sociologiques à pister : « la jalousie », « la protection du territoire », « la préservation du pouvoir ».

La probabilité est grande pour qu'une mésentente entre les différents acteurs entraine l'apparition d'évènements indésirables.

C'est donc avec prudence, parallèlement à la vérification de la réelle mise en œuvre par l'établissement de sa politique pro-chirurgie ambulatoire, que le médecin libéral opérant, appréciera la qualité de l'accueil que lui réservent les autres personnels soignants et administratifs déjà en fonction dans l'établissement.

*« Se tromper est une constante fondamentale de l'action »* [5]

Cependant, pour faire face au risque de voir se dégrader les interactions nécessaires à la qualité des soins et à la sécurité du patient, entre le médecin libéral opérant et l'établissement de santé, un principe fondamental est celui d'apprendre à connaître le fonctionnement de l'établissement qui est généralement plus fourni en protocoles et personnels, et moins souple que celui de l'organisation du médecin libéral.

En dehors de la direction de l'établissement avec qui le médecin contractualise son activité de TTEV, rencontrer personnellement tous les acteurs en lien directement ou indirectement avec la mise en œuvre du processus de prise en charge est très important : les infirmières, le personnel d'accueil, les personnels de la comptabilité et leurs responsables.

### Les caractéristiques organisationnelles de l'établissement de santé « idéal » :

« La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques » [6].

À cet effet, les établissements de santé, dans la très grande majorité des cas, disposent d'un système de management de la qualité-sécurité des soins, visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Ce système s'inscrit dans la démarche générale de l'établissement en termes de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de système d'assurance de la qualité et de gestion des risques associés aux soins de l'établissement visant à prévenir et à traiter les événements indésirables associés aux soins (article L. 6111-2 du Code de la santé publique).

Dans ce cadre, les établissements de santé veillent à ce que le processus de prise en charge des patients par chirurgie ambulatoire soit identifié et analysé en vue de garantir leur sécurité.

L'informatisation de l'activité de chirurgie ambulatoire, maîtrisée et intégrée au système d'information hospitalier, est une des conditions de sa sécurisation.

Lors de sa première visite, le médecin libéral opérant devra s'assurer de la réelle mise en œuvre du système qualité-sécurité de l'établissement.

L'établissement doit pouvoir lui décrire, a minima, le processus de prise en charge du patient, lui faire visiter les locaux et le bloc opératoire, lui présenter le personnel administratif et soignants ainsi que lui expliquer les procédures d'achat et/ou d'accès aux dispositifs médicaux et de soins. Leur système est généralement très documenté.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



Un élément important qui contribue également au choix de l'établissement, c'est la clarté des informations fournies et la qualité perçue du personnel et des services offerts.

En effet, les établissement sont très largement aidés dans leur démarche par de nombreux guides méthodologiques et techniques publiés par l'HAS et qui couvrent tous les aspects d'un système qualité-sécurité appliqué dans un centre de chirurgie ambulatoire [7].

## Les responsabilités du « médecin libéral interventionnel ou opérant » :

### Rappel

Il n'existe pas à notre connaissance de textes juridiques encadrant ou faisant référence spécifiquement à la pratique du TTEV, par un médecin libéral opérant ou interventionnel, en chirurgie ambulatoire, au sein d'un établissement de santé privé ou même public.

Il s'avère toute fois, que par défaut, les règles entourant les pratiques chirurgicales s'appliquent (faites par des médecins ou des chirurgiens).

C'est pourquoi, pour y voir plus clair, nous rappelons ici les différents aspects de la responsabilité médicale qui touche le médecin [8].

Cette connaissance des risques juridiques influence continuellement l'organisation du processus de prise en charge et la nécessité de produire des enregistrements de preuves de sa pratique médicale dans les règles de l'art pour se protéger : (voir plus bas et en annexe).

- L'obligation d'information et la question du caractère « rétroactif » de la jurisprudence.
- *La responsabilité du médecin en raison des fautes commises dans les examens prénataux.*
- Le domaine de l'obligation de sécurité de résultat.
- L'aléa thérapeutique.
- La charge de la preuve en matière de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine ou de l'hépatite C.
- L'obligation de précision du geste chirurgical.
- Le principe de l'indépendance professionnelle du médecin.

### Un médecin libéral opérant ou interventionnel est qualifié d'établissement de santé :

L'établissement est, en principe, seulement tenu d'une obligation de moyens et sa responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute.

La loi du 4 mars 2002 a affirmé aussi, comme pour les professionnels de santé, que « les établissements de santé ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, qu'en cas de faute ».

Mais, dans certains cas, leur responsabilité peut être engagée sur le fondement d'une obligation de sécurité et de résultat.

*De la même manière, différentes décisions juridictionnelles ont considéré, que le fait pour un médecin libéral opérant ou interventionnel, d'être autorisé à exercer au sein d'une structure d'accueil externe une activité de soins en ambulatoire, lui confère la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins* [9].

### Les assistants de la structure d'accueil ne sont pas personnellement responsables :

En d'autre termes, comme un établissement de santé, la responsabilité du médecin libéral opérant ou interventionnel est engagée en cas de fautes commises par des membres du personnel de l'établissement de santé.

*Au sein du bloc opératoire, le médecin libéral opérant ou interventionnel, en vertu de l'indépendance professionnelle dont il bénéficie dans l'exercice de son art, est considéré identiquement au chirurgien, comme le chef d'équipe médical.*

Sa responsabilité est liée au fait que le patient n'a pas contracté avec chacun des membres de l'équipe, mais seulement avec lui [10].

### Pratiquer le TTEV accroit davantage la responsabilité du médecin libéral opérant interventionnel, tant du point de vue médical qu'organisationnel

Le fait de pratiquer un TTEV au sein d'une structure organisationnelle différente de la sienne, n'élude en aucun cas la responsabilité du médecin dans la maitrise de l'ensemble du processus de prise en charge, du choix du mode de prise en charge, à l'application du TTEV, jusqu'au contrôle du bon retour à la ville du patient.

En d'autres termes, la chirurgie ambulatoire accroit davantage la responsabilité du médecin libéral opérant, tant du point de vue médical [11] qu'organisationnel.

En ce sens, il endosse les mêmes obligations, qui pèsent à la fois sur l'établissement de santé que sur le chirurgien, de moyens et de résultats de la sécurité.

Devant la Loi, les médecins libéraux opérant, comme tous les professionnels de santé, sont, en principe, seulement tenus d'une obligation de moyens, en raison de la part de risque liée aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins dont la réussite ne peut être assurée.

La loi du 4 mars 2002 a repris ce principe en affirmant qu'ils ne sont responsables des conséquences dommageables de ces actes qu'en cas de faute. Elle a, en outre, soumis les professionnels exerçant à titre libéral à l'obligation de souscrire une assurance en responsabilité civile [12].

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



Cependant, le médecin libéral opérant interventionnel doit, en raison du contrat « intuitu personae » conclu avec son patient, assurer lui-même les soins et le suivi de ce dernier.

Ainsi, lorsqu'il décide de faire appel aux ressources d'un établissement de santé, il garde une responsabilité personnelle à l'égard de son patient.

Toute faute, quelle que soit sa gravité, peut être reprochée au médecin libéral opérant interventionnel, et engager sa responsabilité sous réserve que le patient en établisse l'existence.

Elle prend la forme soit d'un manquement aux devoirs généraux, soit d'une faute technique commise lors de la mise en œuvre des soins.

Outre la faute technique que l'on peut aisément décrire comme étant une faute technique commise lors de la mise en œuvre des soins, la faute pour manquement aux devoirs généraux est quant à elle difficilement cernable.

Par manquement aux devoirs généraux, les hommes de loi entendent le non recueil du consentement hors des cas d'urgence ou d'impossibilité ou par une absence de diligence suffisante [13].

Le mot diligence nous amène à des notions plus floues pouvant laisser libre cours à toutes interprétations. Selon le dictionnaire Larousse : diligence = promptitude, rapidité efficace ; empressement, zèle : Régler une affaire avec diligence.

Cependant, dans le milieu médical, les manquements, essentiellement invoqués à l'encontre du médecin, tiennent surtout à l'absence ou l'insuffisance d'information.

Le médecin libéral opérant, n'a donc pas d'autre choix que de structurer son organisation autour de la prise en charge du patient pour un TTEV et de la documenter, et ce conjointement avec l'établissement de santé.

### Le contrat d'exercice libérale : à communiquer à l'Ordre des médecins.

Le médecin opérant est lié à l'établissement de santé par un contrats d'exercice libéral, rédigés en principe par écrit et communiqués dans le cas des médecins, aux conseil départemental de son Ordre.

Remarque : la structure d'accueil ne dispose pas de possibilité d'intervention dans la réalisation des actes médicaux

### Le dilemme « anesthésiste ou pas d'anesthésiste » :

En ce qui concerne le dilemme : présence d'un anesthésiste ou pas au bloc opératoire, la Cour de cassation a retenu « qu'eu égard au principe général de l'indépendance du médecin, il n'appartient pas à une clinique d'interférer dans le choix de l'anesthésiste par les chirurgiens » : *Civ. 1re, 26 juin 2001, Bull. n° 192. [14].*

Vu que les responsabilités du médecin opérant se confondent avec celle du chirurgien, ce choix lui appartient.

### Établissement de santé et médecin libéral interventionnel ou opérant : des intérêts communs

Nous déduisons des nombreux aspects juridiques inhérents à la pratique du TTEV par un médecin libéral opérant interventionnel au sein d'un établissement de santé, vus plus haut, que celui-ci, à l'instar de la structure d'accueil, même s'ils ne sont pas animés par la même stratégie de développement, n'aura de cesse de réduire au maximum l'apparition d'évènements indésirables ; dans un premier temps dans l'intérêt du patient ; dans un second temps, dans son intérêt.

Dès lors, le développement et la mise en œuvre d'une organisation conjointe fiable et économiquement acceptable devient pour ces deux « organismes » un enjeu majeur.

## Le TTEV : une chirurgie organisée

*L'Ordre National des Médecins précise que la chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée, organisée, exigeante, nécessitant une logistique stricte.*

*Du fait de sa très courte durée de séjour, le patient est nécessairement plus encore au centre du fonctionnement de la structure* [15].

En cela, la structure, au sein de laquelle sera pratiquée le TTEV, doit non seulement être dotée des ressources humaines, techniques et matérielles suffisantes et appropriées pour garantir le maintien de la qualité des soins et la sécurité du patient conformément aux caractéristiques fixées par arrêté du ministre de la Santé du 7 janvier 1993 [16], mais doit également être dotée de règles de fonctionnement lui assurant un maximum de fiabilité dans les décisions et la prise en charges des patients.

Toutefois, pour le médecin libéral, la mise en œuvre du TTEV ne se résume pas uniquement par l'activité purement chirurgicale. Elle commence chez lui, dans son cabinet médical de ville, dès la première consultation du patient.

*Un TTEV ne se résume donc pas a une chirurgie rapide. Un TTEV est une chirurgie organisée* [17] *conjointement avec l 'établissement de santé.*

L'ensemble du processus de prise en charge doit être passé en revu, compris et modélisé à travers un ensemble de documents et enregistrements utiles pour son bon déroulement et pour apporter la preuve que tout est mis en œuvre pour assurer la qualité du soin, la sécurité du patient et son confort.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



*Nous distinguons :*
- les différentes étapes de la prise en charge du patient entre le cabinet de ville et l'établissement de santé,
- la coordination entre le médecin libéral opérant et les services de l'établissement de santé (centre de chirurgie ambulatoire, biomédical, pharmacie, accueil, achat, comptabilité, ...),
- la communication avec le patient et son entourage selon le cas.

## Nécessité d'une organisation économiquement acceptable :

Un deuxième enjeu clairement identifié dans les publications de la Haute autorité de la santé est celui des économies substantielles que les établissements pourraient produire en travaillant leurs organisations autour de la chirurgie ambulatoire et ainsi dégager des marges de manœuvre financières tout en faisant du patient le pivot de ce nouveau système [18] :

*« La chirurgie ambulatoire concerne « des actes chirurgicaux [...].*
*Son développement, s'il répond à des objectifs de santé publique, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficience du système de santé, est aussi un levier pour une meilleure maîtrise des dépenses de soins »* [19].

Mais cela ne doit pas effacer la nécessité, pour le médecin libéral opérant et la structure d'accueil, d'assurer la viabilité de leurs activités, voir de leurs rentabilités.

De nombreux confrères nous alertent sur ces aspects économiques qui deviennent en dehors de tout intérêt médical, un argument dont l'influence est loin d'être négligeable quant au choix de pratiquer ou non le TTEV [20].

## Conclusions

### Il faut se prémunir des risques d'évènements indésirables et juridiques et cela demande un travail organisationnel non négligeable

Dans le cas qui nous intéresse ici, la prise en charge du patient se fait simultanément par deux entités distinctes.

Durant une courte durée, n'excédant pas 12 heures [21], les deux organisations devront se confondre pour n'en faire qu'une aux yeux du patient.

***Cette organisation constituée de deux corps distincts devra porter et accompagner une seule tête, celle du médecin libéral opérant ou interventionnel.***
***La complexité apparente de cette situation nouvelle ne doit pas le décourager.***

Avec l'établissement de santé, il partage les mêmes objectifs : offrir au patient une prise en charge la plus confortable et sécurisée possible.

Plus nous nous concentrerons sur cet objectif et moins nous risquerons de ressentir les effets indésirables d'un dysfonctionnement organisationnel et/ou d'un contentieux juridique.

Comme précisé plus haut, au sein du bloc opératoire le médecin libéral opérant, en vertu de l'indépendance professionnelle dont il bénéficie dans l'exercice de son art, est considéré comme le chef d'équipe médical.

Au même titre qu'un chirurgien, il est le premier responsable désigné en cas de faute commise et dont la victime serait le patient et ce, même si le personnel de l'établissement de santé en est la véritable cause.

Pour se prémunir, il lui incombe inéluctablement la double charge de réaliser et/ ou de s'assurer personnellement de la surveillance du bon déroulement du processus de prise en charge.

***En conséquence, la charge de travail ne s'amenuise pas en opérant au sein d'une structure extérieure.***
***La production administrative de preuves et de protocoles adéquats, est loin d'être négligeable.***
***Rappelons-nous que : « en cas de problèmes médico-légaux, ce qui n'a pas été noté est donc supposé n'avoir jamais été accompli ».***

Fort de ce constat, il devient impératif pour le médecin d'essayer d'amoindrir sa nouvelle charge de travail en choisissant avec minutie, l'établissement de soin au sein duquel il opérera.

L'idéal étant un établissement doté d'un système de gestion de la qualité des soins et de la sécurité des patients performant, sachant accueillir les médecins opérants extérieurs (22).

Mais le travail du praticien ne s'arrête malheureusement pas là. Comme décrit plus haut, pour atteindre le niveau de maîtrise attendu, il devra comprendre le fonctionnement de l'établissement qui le reçoit et créer en interaction avec lui, une organisation fiable dans le but d'éviter l'apparition d'évènements indésirables associés au TTEV.

## Références

1. Varices des jambes ; L'Assurance Maladie, 15/11/2016 http://www.ameli-sante.fr/varices-des-jambes/traitement-varices-des-jambes.html
2. La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 18/11/2016 http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire
*Le terme de « chirurgie ambulatoire » est défini en France par « des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant,*

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



*sans risque majoré, le retour à domicile du patient le jour même de son intervention ».*
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf

3. Article L6122-1 Modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 - art. 9 (V) *Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds.*
4. Recommandation n° E, Recommandations organisationnelles outils et guides, HAS, mai 2013.
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/projets/chirurgie_ambulatoire/Outil_diagnostic_interne.pdf
5. Les décisions absurdes II. Comment les éviter ». Christian Morel. Gallimard 2013:8.
6. Élément d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/tc_chir_ambu_axe2_vf.pdf
7. Recommandations organisationnelles, pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre, HAS, mai 2013
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf
8. La responsabilité civile et médicale du médecin, cour de cassation
https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2001_117/troisieme_partie_jurisprudence_cour_124/droit_penal_procedure_penale_132/juridictions_correctionnelles_6040.html
9. La chirurgie ambulatoire en 12 questions, HAS, avril 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf
10. « En vertu de l'indépendance professionnelle dont il bénéficie dans l'exercice de son art, un médecin répond des fautes commises au préjudice des patients par les personnes qui l'assistent lors d'un acte médical d'investigation ou de soins, alors même que ces personnes seraient les préposées de l'établissement de santé où exerce ».
https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2001_117/troisieme_partie_jurisprudence_cour_124/droit_penal_procedure_penale_132/juridictions_correctionnelles_6040.html
11. Aspects règlementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire.
*L'organisation de la chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs et règlementaires. Toutefois, il n'existe pas dans les textes de dispositions spécifiques à la chirurgie ambulatoire portant notamment sur la responsabilité des médecins, le secret professionnel, l'information et le consentement du patient ou sur le rôle et la place de l'accompagnant. Par conséquent, les règles de droit commun s'appliquent. Les règles applicables sont les mêmes qu'en hospitalisation complète.* Source HAS.
12. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002 ; Cour de cassation.
https://www.courdecassation.fr/publications 26/rapport annuel 36/rapport 2002 140/ deuxième partie études documents 143/ études thème responsabilite145/ professionnels sante 6115.html
https://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/
13. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés. Cour de Cassation
https://www.courdecassation.fr/publications 26/rapport annuel 36/rapport 2002 140/deuxième partie études documents 143/ études thème responsabilite 145/ professionnels sante 6115.html
https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/
14. https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007046249
15. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé ; Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, décembre 2001
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf
16. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? HAS, décembre 2010
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport définition environnements techniques.pdf
17. Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques, Rapport intermédiaire, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, Avril 2006
http://www.chirurgie-ambulatoire.org/uploads/6/4/6/4/64646507/rapport-intermediaire-organisation-chirurgie-ambulatoire.pdf
18. La chirurgie ambulatoire en 12 questions, HAS, avril 2012.
19. Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, conférence de consensus, La chirurgie sans hospitalisation. Paris, 22, 23 et 24 mars 1993.
20. *« L'avènement des techniques mini-invasives par voie endoveineuse est dans notre pays freiné par la difficulté de les mettre en œuvre : pas de remboursement par la caisse nationale d'assurance maladie, coût du matériel qui incombe au patient, mais aussi le manque de cadre juridique, de référentiels de pratiques et de formations universitaires ». (jusqu'à aujourd'hui).*
http://www.revue-phlebologie.org/donnees/portedocument/mestelechargements2.php? cparam=315qfarrm76lqsrsv4o22tuhok4fo3m2rashergh9vw4qzjg2t8sf4yzbtliatb
21. *« ...la chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit »* ; Ministère des Affaires sociales et de la santé, 18/11/2016.
http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire
22. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide securite du patient en chirurgie ambulatoire.pdf