



ARGUMENTAIRE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

Soins infirmiers post-opératoires à domicile : le coût réel de l'absence de prise en charge

Document à destination de la Haute Autorité de Santé, du Ministère de la Santé et de la CNAM

Août 2026

1. Contexte et objet de cet argumentaire

Les infirmières et infirmiers libéraux (IDEL) constatent depuis plusieurs années une tendance croissante des chirurgiens à ne plus prescrire de soins infirmiers de surveillance et de pansement en période post-opératoire immédiate. Les patients sont renvoyés à domicile avec pour seule instruction de gérer eux-mêmes leurs pansements, ou de les faire réaliser par un proche.

Cette pratique, qui vise à réduire les dépenses de l'Assurance Maladie, génère en réalité un effet inverse : des complications infectieuses et cicatricielles qui entraînent des prises en charge bien plus longues, plus complexes et infiniment plus coûteuses.

Le présent document, fondé sur des constats cliniques de terrain documentés par photographies, vise à démontrer que l'économie apparente réalisée en supprimant les soins infirmiers post-opératoires constitue une fausse économie — et une perte de chance inacceptable pour les patients.

Convergence Infirmière adresse cet argumentaire à la Haute Autorité de Santé, au Ministère de la Santé et à la CNAM, afin que soit reconsidérée la pertinence médico-économique de cette pratique.

2. Une pratique courante aux conséquences documentées

2.1 Ce que prescrivent les chirurgiens

Dans un nombre croissant de situations, les prescriptions post-opératoires se limitent à une ordonnance de retrait de fils ou d'agrafes, sans aucune prescription de soins de surveillance ou de pansements intermédiaires. Entre la sortie de l'établissement chirurgical et le passage de l'infirmière pour l'ablation des sutures, la plaie est laissée sans surveillance professionnelle.

Certains chirurgiens prescrivent des sets de pansements (Médiset) au patient lui-même, supposant que celui-ci réalisera ses soins quotidiens. Cette hypothèse est rarement vérifiable en pratique : les patients ne disposent ni de la formation, ni du matériel adapté, ni parfois des capacités physiques ou cognitives nécessaires.

2.2 Ce que trouvent les infirmières à l'arrivée

Lorsqu'elles interviennent pour le retrait de sutures — souvent plusieurs jours après la date initialement prévue — les IDEL découvrent régulièrement des plaies dans un état préoccupant :

- Inflammation locale : rougeur, chaleur, œdème péri-cicatriciel
- Déhiscence partielle ou totale des berges de la plaie
- Nécrose tissulaire superficielle ou profonde
- Surinfection bactérienne, parfois purulente
- Macération cutanée étendue due à l'absence de pansement adapté
- Fils ou agrafes enfouis dans les tissus, rendant l'ablation douloureuse et complexe

3. Cas cliniques documentés

Les cas présentés ci-dessous ont été collectés auprès d'infirmières libérales exerçant sur l'ensemble du territoire. Ils constituent un échantillon représentatif des situations rencontrées au quotidien. Les identités des patients et des soignants sont anonymisées.



Cas 1

Localisation : Jambe, patient âgé

Constat : Déhiscence et érythème étendu à J16, aucun soin intermédiaire prescrit.



Cas 2

Localisation : Abdomen

Constat : Surjet complètement enfoui dans la plaie. Patient censé faire ses soins lui-même avec un Médiset. Retrait complexe et douloureux.



Cas 3

Localisation : Abdomen — patiente opérée d'un carcinome

Constat : Pansements prescrits seulement 6 jours, puis arrêt. Plaie laissée sans surveillance jusqu'à la visite de contrôle. Déhiscence constatée.



Cas 4

Localisation : Cuir chevelu — trauma crânien

Constat : Plaie suturée après passage aux urgences. Patiente censée assurer ses propres soins. Pansement de contention impossible sur cuir chevelu.



Cas 5

Localisation : Visage — enfant

Constat : Déhiscence avec fil encore en place. Localisation esthétiquement critique. Risque de cicatrice définitive sur le visage d'un enfant.



Cas 6

Localisation : Jambe

Constat : Nécrose étendue, macération sur plusieurs centimètres, érythème généralisé. Absence de soins à la demande expresse du chirurgien.



Cas 7

Localisation : Abdomen — chirurgie lourde

Constat : Déhiscence franche sur la moitié de la cicatrice agrafée. Infirmière appelée pour un simple retrait d'agrafes.



Cas 8

Localisation : Jambe basse

Constat : Cicatrisation pathologique après retrait de fils sans pansement préalable. Tissu hypertrophique constitué, séquelle permanente.



Cas 9

Localisation : Jambe

Constat : Ablation prévue à J15. Aucune prescription de pansement entre la sortie et J15. Le patient contacte l'infirmière à J20 : vingt jours sans aucun soin professionnel.



Cas 10

Localisation : Jambe — suites de passage aux urgences hospitalières

Constat : Ordonnance hospitalière libellée uniquement : « Faire réaliser par IDE à domicile ou en cabinet — Retrait de points de suture dans 10 jours ». Aucun pansement ni surveillance prescrits sur la période. Au décollement du pansement : plaie fibrineuse, tissus dévitalisés, exsudat abondant, fils noyés dans les tissus altérés.

4. Analyse médico-économique : une fausse économie démontrée

4.1 Comparaison des scénarios de prise en charge

Prenons l'exemple d'une plaie post-opératoire simple nécessitant une surveillance de 12 jours. Deux scénarios s'opposent :

	Scénario A Suivi infirmier préventif	Scénario B Complication faute de suivi
Nombre de passages	6 passages (tous les 2 jours / 12 jours)	30 passages (quotidiens / 1 mois minimum)
Cotation NGAP	AMI 2	AMI 4
Coût unitaire	6,30 €	12,60 €
Coût total honoraires	37,80 €	378,00 €
Dispositifs médicaux	Pansements simples (boîte de 16, ~10 unités gaspillées)	Pansements spécialisés (hydrofibre, interfaces, méchage...)
Autres coûts	Aucun	Antibiotiques, consultations médicales, hospitalisation possible
RATIO DE COÛT	Le scénario B coûte 10 fois plus cher à l'Assurance Maladie	

En supprimant 6 passages infirmiers à 6,30 € (37,80 € économisés), le système génère
une prise en charge de 30 passages à 12,60 € soit 378 € minimum —
sans compter les antibiotiques, les pansements spécialisés et les hospitalisations.
L'économie apparente devient une dépense 10 fois supérieure.

4.2 L'ampleur du phénomène à l'échelle nationale

En 2024, plus de 9 millions d'interventions chirurgicales ont été réalisées en France. Une part significative de ces interventions implique une fermeture cutanée par fils, agrafes, surjet ou colle — autant de situations où un suivi infirmier post-opératoire est cliniquement justifié.

Il convient de souligner que les nouvelles techniques de fermeture — colle chirurgicale, strips, sutures résorbables — ne suppriment pas le risque de complication. Elles le rendent simplement moins visible, et donc moins surveillé. Un abcès sous un pansement occlusif, une réaction cutanée, une désunion de berges passent inaperçus en l'absence d'un regard professionnel formé.

Or, les infirmières libérales constatent que le nombre de prescriptions de soins post-opératoires a significativement diminué ces dernières années, sans que cette évolution ne soit documentée ni évaluée dans ses conséquences cliniques et économiques.

9 millions d'interventions chirurgicales par an en France

Combien font aujourd'hui l'objet d'une prescription de suivi infirmier post-opératoire ?

Cette donnée devrait être connue de la CNAM.

Convergence Infirmière demande qu'elle soit produite et rendue publique, afin de mesurer l'ampleur réelle du phénomène et ses conséquences sur la qualité des soins.

4.3 Le sur-conditionnement des dispositifs médicaux : un gaspillage supplémentaire

L'opération « Balance ton Gaspi », menée par Convergence Infirmière en partenariat avec le C2DS (Comité pour le développement durable en santé) en avril 2024, a mis en évidence l'ampleur du gaspillage structurel lié au conditionnement des dispositifs médicaux :

- 42 140 € de gaspillage collecté par 12 cabinets libéraux en 1 mois seulement
- 123 millions d'euros de gaspillage estimé à l'échelle nationale par mois
- 655 000 tonnes équivalent CO2 d'empreinte carbone mensuelle
- Extrapolation réalisée sur la base de 35 000 cabinets composés en moyenne de 3 infirmiers

Ce gaspillage est directement aggravé par l'absence de soins infirmiers post-opératoires. Lorsque des pansements sont prescrits au patient pour auto-soin, ceux-ci sont conditionnés en boîtes de 16 unités standard. Pour une plaie simple nécessitant 6 pansements, 10 unités sont systématiquement gaspillées — remboursées mais inutilisées.

À l'inverse, en cas de complication, les boîtes de pansements spécialisés (hydrofibres, interfaces siliconées, pansements argentés) se multiplient, engendrant un gaspillage de conditionnement encore supérieur, pour des produits au coût unitaire bien plus élevé.

L'efficience ne peut s'apprécier au seul niveau de l'acte isolé. Elle doit être analysée à l'échelle du parcours de soins dans son ensemble.

5. Une perte de chance inacceptable pour les patients

Au-delà de l'analyse économique, l'absence de suivi infirmier post-opératoire constitue une perte de chance médicale réelle pour les patients :

- Infections locales évoluant vers des infections profondes ou systémiques
- Déhiscences entraînant des cicatrices inesthétiques permanentes, en particulier chez l'enfant
- Nécroses tissulaires nécessitant des soins prolongés et douloureux
- Réhospitalisations en urgence pour infection sévère
- Retard diagnostique : l'infirmière aurait pu détecter précocement les signes d'alerte
- Complications particulièrement graves chez les patients fragiles : personnes âgées, immunodéprimés, patients oncologiques

6. Recommandations de Convergence Infirmière

Au regard de l'ensemble des constats présentés dans cet argumentaire, Convergence Infirmière formule les recommandations suivantes à destination des décideurs :

6.1 Prescription systématique de soins infirmiers post-opératoires

Toute intervention chirurgicale donnant lieu à une fermeture cutanée par fils, agrafes ou surjet devrait systématiquement être accompagnée d'une prescription de soins infirmiers de surveillance, à raison d'au minimum un passage tous les deux jours jusqu'à ablation des sutures.

6.2 Encadrement des prescriptions d'auto-soins

La prescription de sets de pansements (Médiset) au patient pour auto-soin devrait être encadrée et limitée aux seuls cas où le patient dispose des capacités réelles pour les réaliser. Cette décision devrait impliquer l'infirmière libérale en amont, dans le cadre d'une évaluation coordonnée à la sortie de l'établissement.

6.3 Évaluation médico-économique du parcours de soins complet

La Haute Autorité de Santé et la CNAM sont invitées à intégrer dans leurs analyses le coût total du parcours de soins post-opératoire, et non le seul coût des actes infirmiers. L'économie réalisée sur les honoraires infirmiers préventifs est systématiquement absorbée — et au-delà — par les coûts de prise en charge des complications.

6.4 Adaptation des conditionnements des dispositifs médicaux

Dans la continuité de l'opération « Balance ton Gaspi », Convergence Infirmière demande une révision des conditionnements des dispositifs médicaux prescrits en ville, afin de les adapter au nombre réel de soins nécessaires et d'éliminer le gaspillage structurel lié au sur-conditionnement.

7. Conclusion

La suppression des soins infirmiers post-opératoires à domicile ne constitue pas une mesure d'efficacité. Elle déplace le coût, l'aggrave, et fait peser sur le patient une perte de chance injustifiable.

Les cas documentés dans cet argumentaire — infections, nécroses, déhiscences — ne sont pas des accidents isolés. Ils sont la conséquence prévisible et évitable d'une décision de prescription guidée par une logique d'économie à court terme, sans vision du parcours de soins dans sa globalité.

Convergence Infirmière est force de propositions et demeure disponible pour contribuer à toute concertation visant à définir un cadre de prescription post-opératoire cohérent, garant à la fois de la qualité des soins, de la sécurité des patients et de l'efficacité du système de santé.

Ghislaine Sicre

Présidente de Convergence Infirmière

Août 2026