



Le « Bréviaire » de la chirurgie ambulatoire

L'ambulatoire en 20 questions

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers



A F C A
www.chirambu.org

Sommaire

Avant propos..... 1

Les questions..... 2

1.	Existe-t-il une liste d'actes de chirurgie ambulatoire ?	2
2.	Quels sont les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire ?	2
3.	La chirurgie ambulatoire est-elle limitée à des actes de « petite chirurgie » ?	4
4.	La chirurgie ambulatoire est-elle exclusivement de l'activité programmée ?	4
5.	Qu'est-ce que la circulaire « frontière » et quelles sont ses implications ?	4
6.	Les tarifs sont-ils incitatifs ?	5
7.	Quelles incitations pour les praticiens à développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements publics ?	5
8.	Faut-il un bloc dédié ?	5
9.	Faut-il une SSPI dédiée ?	6
10.	Quelles sont les exigences réglementaires concernant le nombre et la qualification des personnels requis pour une UCA ?	6
11.	Quel est le profil des coordonnateurs de l'UCA ?	6
12.	Quel profil de personnel pour l'UCA ?	6
13.	Existe-t-il des formations à la chirurgie ambulatoire ?	7
14.	Les appels de la veille et du lendemain sont-ils utiles ?	7
15.	Faut-il prémédiquer tous les patients ?	7
16.	Le passage en SSPI est-il obligatoire ?	7
17.	Combien de temps doit durer le passage en SSPI ?	8
18.	Qui doit signer la remise à la rue ? Doit-il s'agir impérativement du chirurgien ayant pratiqué l'intervention, de l'anesthésiste ayant pris en charge le patient, ou des deux ?	8
19.	Les patients doivent-ils obligatoirement attendre 4 heures avant leur sortie ?	8
20.	Peut-on développer des partenariats avec la ville ?	8

Avant propos

Avec le développement de la chirurgie ambulatoire, le nombre de professionnels qui s'intéressent à cette pratique est en croissance constante. Les « nouveaux intéressés » se heurtent souvent à des questions d'ordre réglementaire ou relevant des pratiques professionnelles au sujet desquelles circulent parfois des idées préconçues inexactes, ou pour lesquelles il est difficile de trouver des réponses claires et fiables.

L'objet du présent document est de recenser ces questions, telles qu'elles ont pu se présenter au cours du chantier mené par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) sur le thème de la chirurgie ambulatoire, ou telles qu'elles sont régulièrement posées à l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) dans sa démarche de développement de la chirurgie ambulatoire, et d'y apporter une réponse.

Si certaines questions appellent des réponses simples sur lesquelles un consensus existe ou un texte réglementaire définit telle ou telle pratique, il en est d'autres sur lesquelles il n'existe aucune « vérité officielle », mais plutôt des pistes de réflexion.

Le présent document est le fruit d'une collaboration entre l'AFCA et la MeaH. Rédigé dans le but d'accompagner le chantier déploiement sur la chirurgie ambulatoire, il s'adresse en premier lieu aux établissements qui participeront à ce chantier. Cependant, les questions qui sont posées ainsi que les réponses qui y sont apportées intéresseront tout établissement ou tout professionnel pratiquant la chirurgie ambulatoire. Ce document est ainsi mis à disposition gracieusement sur le site de la MeaH¹.

¹ www.meah.sante.gouv.fr

Les questions

1. Existe-t-il une liste d'actes de chirurgie ambulatoire ?

Non. Il n'existe pas de liste exhaustive d'actes chirurgicaux pouvant être réalisés en ambulatoire. S'il existe un consensus sur 5 actes traceurs, le périmètre des actes susceptibles d'être réalisés en ambulatoire n'est pas défini. Une telle situation présente l'avantage d'offrir une plus grande liberté pour les différents sites.

Bien qu'il n'existe pas de liste « officielle », il est important que, sur chaque site, les différents opérateurs s'entendent sur une liste d'actes qu'ils pensent pouvoir réaliser en ambulatoire, cela permet d'avoir une base de travail commune et de fixer des objectifs sans pour autant trop limiter la démarche de l'établissement qui pourra inclure d'autres actes dans un second temps.

2. Quels sont les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire ?

D'après la SFAR :

Actes

D'une façon générale il s'agit d'interventions :

- programmées ;
- de courte durée (jusqu'à environ 1 h 30) ;
- sans risque majoré, notamment hémorragique et respiratoire ;
- aux suites simples, peu douloureuses², et n'impliquant pas de handicap important.

Critères élargis en fonction de l'expérience acquise et après évaluation des résultats :

- à certaines urgences simples ;
- à des interventions plus prolongées, sous réserve d'une durée de surveillance post-anesthésique compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure.

² Ou avec une bonne prise en charge de la douleur (AFCA)

Patients

Critères sociaux :

- compréhension suffisante de ce qui est proposé ;
- aptitude à observer les prescriptions médicales ;
- conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation ;
- disponibilité d'une personne accompagnante, responsable et valide (raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui) ;
- éloignement géographique < 1h d'une structure de soins adaptée ;
- accès rapide à un téléphone.

Critères médicaux :

- Age :
 - AG contre indiquée en ambulatoire chez le nouveau-né,
 - prise en compte nécessaire des problèmes spécifiques des enfants de moins d'un an dans la décision de pratiquer une anesthésie en ambulatoire,
 - prise en compte de l'éventualité d'une grossesse, et informations sur les relations grossesse et médicaments anesthésiques.
- Etat du patient :
 - préférentiellement des sujets ASA 1 ou 2,
 - ASA 3 acceptés sous certaines réserves : pathologie stabilisée sous traitement, interférence intervention / pathologie ou traitement négligeable, accord anesthésiste et opérateur.

Anesthésie

Consultation préanesthésique : plusieurs jours avant l'acte, fiche information, recommandations préanesthésiques

Conditions de l'anesthésie³

Réveil : salle de réveil, surveillance

Sortie : autorisation d'un médecin, aptitude à la rue, instructions remises au patient, possibilité de joindre l'anesthésiste

³ <http://www.sfar.org/recomambul.html>

Structure, organisation et fonction

Information : CR...

Possibilité d'hospitalisation du patient

3. La chirurgie ambulatoire est-elle limitée à des actes de « petite chirurgie » ?

Non. Si beaucoup d'actes relevant d'une chirurgie légère sont des candidats idéaux pour la chirurgie ambulatoire, des actes plus lourds sont réalisables en ambulatoire. Ainsi, dans certains cas de cancer du sein ou de thyroïdectomie, une prise en charge chirurgicale a pu être réalisée en ambulatoire.

Il faut en revanche une réflexion au sein des équipes de chaque site sur le type de chirurgie qui peut entrer dans le champ de l'ambulatoire. Les listes d'actes pratiqués en ambulatoire ne doivent pas être opposables aux équipes, mais servir de base de réflexion.

4. La chirurgie ambulatoire est-elle exclusivement de l'activité programmée ?

Non. Si les urgences sont correctement intégrées et ne perturbent pas l'activité programmée, elles peuvent bénéficier d'une prise en charge de chirurgie ambulatoire.

La chirurgie de la main, par exemple, peut se prêter à ce type de prise en charge. Cette prise en charge doit néanmoins se faire dans des conditions optimales de sécurité pour les patients.

5. Qu'est-ce que la circulaire « frontière » et quelles sont ses implications ?

La circulaire dite « frontière » est la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006. Cette circulaire définit et clarifie les modalités de tarification des actes de consultation externes. Elle précise notamment que **les actes qui relèvent de consultations externes donneront lieu à une tarification en tant que consultation, et non comme une hospitalisation en ambulatoire**, comme cela pouvait être le cas avant. Ceci vise à éviter certains codages abusifs et des contrôles sont prévus pour vérifier la bonne application de cette circulaire.

Dans certaines UCA, ces actes pouvaient représenter une partie non négligeable des séjours. L'impact de cette circulaire sur l'activité et l'organisation de ces UCA peut être important et nécessiter une réflexion organisationnelle de fond de la part des responsables de ces UCA.

6. Les tarifs sont-ils incitatifs ?

Un tarif n'est pas incitatif en lui-même, si les coûts ne sont pas maîtrisés.

C'est la libération de ressources (humaines, en lits...) et leur utilisation alternative qui constitue l'incitation majeure.

7. Quelles incitations pour les praticiens à développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements publics ?

Trois types de motivation peuvent pousser les chirurgiens des établissements publics à développer la prise en charge ambulatoire.

L'excellence. La chirurgie ambulatoire constitue une prise en charge de qualité en assurant une parfaite sécurité, notamment en diminuant le risque d'infections nosocomiales. Les taux de satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire sont très élevés.

L'évolution de leurs pratiques et le progrès de leur spécialité. La chirurgie ambulatoire est une activité en plein développement et un objectif majeur du système de soins français. Il s'agit donc potentiellement d'une activité valorisante pour les praticiens.

Le confort de travail. L'Unité de chirurgie ambulatoire, dont le chirurgien est le véritable premier client, fournit un service de qualité en termes de programmation opératoire, d'organisation du séjour et de respect des horaires.

8. Faut-il un bloc dédié ?

Non. D'après le code de la santé publique, les unités de chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire sans qu'il soit précisé que ce bloc doit être dédié à cette activité.

9. Faut-il une SSPI dédiée ?

Non. Il faut cependant être capable d'identifier les patients ambulatoires en SSPI afin de séparer les flux de patients ambulatoires et conventionnels et d'assurer ainsi une prise en charge rapide de type « fast-tracking » pour les patients ambulatoires quand cela est possible.

10. Quelles sont les exigences réglementaires concernant le nombre et la qualification des personnels requis pour une UCA ?

Ces informations sont stipulées dans le décret du 8 octobre 1992 : « Toute structure pratiquant la chirurgie ambulatoire doit disposer de façon permanente pendant ses horaires d'ouverture au minimum de :

- un médecin qualifié ;
- un(e) IDE pour 5 patients présents ;
- un médecin anesthésiste-réanimateur et deux infirmier(e)s supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire. »

La réglementation sur ce point fera l'objet de modifications dans un futur proche.

11. Quel est le profil des coordonnateurs de l'UCA ?

L'UCA est sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur clairement identifié. Il n'existe pas de profil-type de coordonnateur de l'UCA, mais un **fort leadership médical et la reconnaissance de ses pairs** sont des éléments moteurs importants pour le développement de l'UCA.

Le coordonnateur médical et le cadre de l'UCA constituent un véritable tandem de direction de l'unité. Le coordonnateur médical doit faire preuve d'importantes capacités « managériales » (conviction de ses confrères, compréhension des enjeux...) et le cadre de l'UCA doit avoir des capacités comparables à celles d'un chef de production (maîtrise du processus, suivi de l'activité, qualité organisationnelle).

12. Quel profil de personnel pour l'UCA ?

Idéalement, le personnel de l'UCA doit être **dédié**. Il doit être sensibilisé aux « soins indirects », en particulier aux aspects organisationnels.

13. Existe-t-il des formations à la chirurgie ambulatoire ?

Oui. Bien qu'il n'existe pas de spécialité « chirurgie ambulatoire » pour les différents professionnels de santé, certaines formations comme des diplômes d'université (DU et DIU) existent.

Il n'existe cependant pas de formation « pratique » formalisée à la chirurgie ambulatoire.

14. Les appels de la veille et du lendemain sont-ils utiles ?

Oui. Ils peuvent permettre d'améliorer l'organisation et le fonctionnement de l'UCA en :

- favorisant le respect des horaires d'arrivée des patients ;
- limitant les incidents organisationnels liés à des dossiers incomplets ;
- rassurant au début les opérateurs sur le devenir des patients en post-opératoire ;
- rassurant les patients ;
- suivant la qualité des soins prodigués ;
- améliorant la satisfaction des patients.

Cependant, ils ne constituent pas une obligation réglementaire.

15. Faut-il prémédiquer tous les patients ?

Non, pas systématiquement. La prémédication peut constituer un bénéfice pour certains patients, mais les molécules utilisées ont souvent une demi-vie supérieure à celle des anesthésiques employés, ce qui peut retarder la remise à la rue.

Il convient donc, lorsqu'une prémédication est utilisée, que le choix de la molécule, la dose et l'heure de prise soient adaptés aux particularités de l'ambulatoire. Enfin il faut garder à l'esprit qu'il est clairement démontré que l'information du patient, la qualité de l'accueil et de l'attente (ou mieux l'absence d'attente) au bloc opératoire, restent les meilleurs anxiolytiques.

16. Le passage en SSPI est-il obligatoire ?

Oui. Si l'opération a nécessité la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale ou d'une sédation par un anesthésiste réanimateur, ce passage est obligatoire. Cependant, il est utile de distinguer les patients « ambulatoires » des autres au sein du SSPI afin de permettre une prise en charge plus adaptée de type « fast-tracking ».

17. Combien de temps doit durer le passage en SSPI ?

Il n'y a pas de durée minimale réglementaire. La durée de ce passage dépend du type d'anesthésie (en particulier de la prémédication qui a une demi-vie longue), du type d'opération et de l'évolution du patient. Dans certains cas, ce passage peut être très court.

La décision de sortie des patients de SSPI peut s'appuyer sur l'utilisation de scores (le plus utilisé est celui d'Aldrete et Kroulik modifié). Il est démontré que la sortie de SSPI n'est pas « temps dépendante » mais « score dépendante ».

18. Qui doit signer la remise à la rue ? Doit-il s'agir impérativement du chirurgien ayant pratiqué l'intervention, de l'anesthésiste ayant pris en charge le patient, ou des deux ?

La décision de remise à la rue est une décision médicale. En fonction de l'organisation de l'établissement, différentes modalités peuvent être envisagées.

19. Les patients doivent-ils obligatoirement attendre 4 heures avant leur sortie ?

Non. La décision de sortie est un acte médical et est prise par l'anesthésiste et le chirurgien. Il existe des scores d'aptitude à la rue qui permettent d'identifier les patients aptes à la sortie.

Ceux-ci permettent aux soignants non médicaux de prendre leur part dans cette décision et d'optimiser ainsi l'utilisation du temps des médecins, élément crucial de la bonne marche d'une unité de chirurgie ambulatoire. Là encore, la sortie est « acte chirurgical dépendant » (temps de surveillance incompressible pour certains actes) et « score dépendant ».

20. Peut-on développer des partenariats avec la ville ?

Oui.

En amont de l'intervention, il faut se rapprocher des médecins généralistes et médecins traitants de manière à les informer sur la prise en charge ambulatoire et pour préparer au mieux l'intervention.

En aval, l'information des médecins généralistes est également importante. Il peut être utile de se rapprocher des réseaux de soins de ville pour faciliter certaines suites de soins.



Les professionnels qui souhaitent s'investir dans une activité de chirurgie ambulatoire se retrouvent assez vite confrontés à certaines questions, au sujet desquelles circulent parfois des idées « préconçues » et souvent inexactes, ou pour lesquelles il est difficile de trouver des réponses claires et fiables. Cette situation constitue pour nombre d'entre eux un frein bien compréhensible à leur désir de développer leur pratique de l'ambulatoire.

L'objectif de ce « bréviaire » est de tenter de répondre aux 20 questions qui ont été le plus fréquemment retrouvées lors du chantier pilote que la MeaH a mené sur la chirurgie ambulatoire entre avril 2005 et avril 2007. Si pour certaines questions, il est possible d'apporter des réponses claires et concises, pour d'autres, l'exercice s'avère plus difficile. Dans ce cas, les réponses sont rédigées de façon à mettre en évidence les principaux éléments de réponse et à donner au lecteur des clés de réflexion qui pourront lui être utiles.

Ce bréviaire, fruit de la collaboration entre l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) et la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), est mis gracieusement à la disposition de la communauté hospitalière, en particulier des hôpitaux participants au chantier de déploiement de la MeaH sur ce thème. Il est téléchargeable sur le site de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers



Octobre 2007