

# NOUVEAUTES ORGANISATIONNELLES DE L'AMBULATOIRE

**M BEAUSSIER, F MARCHAND-MAILLET, N DUFEU.**

Hôpital St-Antoine, Groupe Hospitalier Est-Parisien - APHP. Université Paris 6. - Département d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale - Unité de Chirurgie Ambulatoire.

## I. INTRODUCTION

---

La prise en charge ambulatoire doit concilier une gestion optimisée des flux de patients avec des impératifs de qualité et de sécurité. Il est classique de dire que son organisation est centrée autour du patient et que c'est ici la structure qui doit s'adapter aux patients et non le contraire. La prise en charge médicale devrait être globalement semblable à ce qui est pratiqué en hospitalisation conventionnelle. C'est dans l'organisation de cette prise en charge que les différences sont les plus nettes et que des solutions innovantes sont développées. C'est la raison pour laquelle la chirurgie ambulatoire est souvent considérée comme un modèle organisationnel dont l'ensemble de la chirurgie conventionnelle est susceptible de bénéficier.

Il existe de très nombreux modèles de prise en charge ambulatoire, qui tiennent compte des spécificités architecturales et chirurgicales. Quel que soit le modèle, le découpage de la prise en charge par étapes, allant de la prise de rendez-vous jusqu'au suivi à domicile, permet de porter une réflexion sur l'optimisation de chacune d'entre elles en remettant en cause certains dogmes solidement ancrés mais paradoxalement parfois injustifiés. Des recommandations officielles récentes ont été publiées par la SFAR [1] et par la HAS [2], prônant le développement d'organisations innovantes. La promulgation du « décret ambulatoire » d'août 2012 [3] apporte incontestablement certaines avancées dans la définition et le périmètre de cette chirurgie ambulatoire, mais soulève de nouvelles questions quant à la reconnaissance de la spécificité de cette prise en charge.

C'est dans ce contexte, où s'allient de fortes mutations hospitalières, une importante pression institutionnelle pour développer cette chirurgie ambulatoire, parfois avec des moyens coercitifs (mise sous entente préalable) et des impératifs réglementaires, que s'inscrit cet exposé et les solutions organisationnelles développées.

## II. ADAPTER L'UNITE AU PARCOURS AMBULATOIRE

---

Il existe plusieurs types d'unités ambulatoires, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients. La chirurgie ambulatoire peut se pratiquer au sein d'une unité exclusivement dédiée à cette activité, ne partageant pas ses structures. Celle-ci peut être située au sein d'un établissement de soin pratiquant la chirurgie conventionnelle (*unité satellite*), ou bien totalement à l'écart (*centre indépendant*) [4]. Ce dernier type d'unité est le plus souvent centré sur une activité chirurgicale spécifique (ophtalmologie...) et reste encore peu répandue en France.

L'intérêt de ces unités spécifiquement dédiées est que les procédures y sont simples à établir et le personnel, tant médical que paramédical y est forcément très formé et totalement dédié. De plus, il n'y a pas de télescopage entre programmes ambulatoires et non-ambulatoires. Les inconvénients sont avant tout liés au manque de potentiel d'adaptation, l'unité étant le plus souvent dimensionnée définitivement. Le caractère isolé des centres indépendants rend difficile les évolutions. Ils ne bénéficient pas des apports techniques et de l'évolution des chirurgies conventionnelles et inversement n'ont aucun effet d'exemplarité vis-à-vis des autres équipes chirurgicales. Les centres indépendants sont peu enclins à développer des actes innovants du fait de leur éloignement d'une structure hospitalière en cas de survenue de problème [5].

Les *centres intégrés* ont des locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire au sein d'une unité d'hospitalisation conventionnelle, le bloc opératoire étant le plus souvent commun aux 2 activités. Le risque est ici la coexistence de 2 activités sur le même plateau technique, ce qui peut entraîner des problèmes de disponibilité des salles opératoires ou du personnel soignant, mais aussi une prise en charge très inadaptée des patients ambulatoire mélangés dans un circuit conventionnel (brancardage inutile, salle de réveil commune...). L'intérêt de ce système (sous réserve qu'il soit bien organisé, c'est à dire qu'un vrai circuit ambulatoire dédié supervisé par du personnel dédié ait été mis en place) est qu'il permet une adaptation parfaite des ressources aux variations d'activités et permet aux chirurgiens de

rester dans leur environnement de bloc opératoire habituel. Il est souvent également mentionné qu'il peut favoriser le développement de l'ambulatoire par « imbibition », des équipes réticentes pouvant être entraînées simplement du fait de la contiguïté avec des équipes ayant déjà opté pour cette prise en charge. Malheureusement, il existe de nombreux exemples montrant qu'au contraire, c'est parfois l'activité conventionnelle qui déteint sur l'ambulatoire et altère son organisation. C'est dans cette configuration qu'un cadre logisticien dédié à l'ambulatoire trouve sa plus grande justification.

Dans le contexte économique actuel, et compte-tenu de la valorisation encore trop faible d'une majorité d'actes réalisables en ambulatoires, le retour sur investissement de grands travaux destinés à l'ambulatoire peut être aléatoire et nous comprenons que certains hésitent à y recourir. Quoiqu'il en soit, tant dans le décret d'août 2012 [3] que dans les recommandations de la HAS de mai 2013 [2], il est clairement mentionné que l'activité ambulatoire doit s'effectuer dans une unité individualisée, distincte d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle et même d'un hôpital de jour. Ceci correspond d'ailleurs aux recommandations internationales [5]. Ainsi, lorsque les structures architecturales ou les contraintes économiques ne le permettent pas, il est naturel d'insérer au moins une partie du parcours ambulatoire dans une structure de chirurgie conventionnelle. Cependant, ce parcours et le personnel en charge de l'ambulatoire doivent être clairement dédiés à cette activité. Même si les termes du décret d'août 2012 restent ambigus sur cette question (mais doivent être précisés dans un avenir proche), les récentes recommandations de la HAS mentionnent très nettement cette notion [2].

### III. LA FLUIDITE DU PARCOURS PATIENT – GESTION DES FLUX

---

La fluidité du parcours patient est un paramètre primordial de fonctionnalité et de qualité en ambulatoire. Ce sont, avant tout, les patients qui bénéficient de cette réflexion. Elle débute dès la prise du rendez-vous et de l'éligibilité des patients. L'information délivrée au cours des consultations chirurgicales et anesthésiques est un facteur très important pour que le patient comprenne le fonctionnement de la structure et soit acteur actif de sa propre prise en charge. C'est à ce moment que lui sera remis le « passeport ambulatoire » expliquant le circuit et donnant les consignes préopératoires.

Quelques détails sont souvent négligés et peuvent pourtant impacter sévèrement le circuit du patient avant même son arrivée dans l'unité. La pré-admission administrative permet de gagner beaucoup de temps et évite les retards le jour de la chirurgie. Pour les mêmes raisons, la signalisation de l'unité revêt une grande importance. Il en est de même pour la possibilité de garer sa voiture dans l'enceinte de l'établissement sur des places spécifiquement réservées.

Au sein de l'unité, la programmation est la pierre angulaire de la fluidité [6]. Afin d'éviter aux patients toute attente inutile et génératrice de stress, tant pour lui que pour le personnel de l'unité, celle-ci doit être échelonnée en fonction des capacités opératoires et des durées de séjour spécifiques à chaque acte. Le décompte électronique du temps passé à chaque étape permet une estimation fiable du temps de séjour par type de pathologie [7]. Cela permet de prévoir l'heure de sortie et par conséquent l'heure de convocation de l'accompagnant qui pourra être communiqué lors de l'appel de la veille [7].

Le principe de la « marche en avant » doit être adopté, c'est-à-dire qu'un patient ne doit jamais revenir à une étape préalable, risquant ainsi de bloquer le système.

La réalisation de techniques anesthésiques/analgésiques loco-régionales (ALR) peut prendre du temps. Ce temps doit être anticipé et le geste réalisé dans une zone spécifique qui n'impacte pas avec la rotation des patients au bloc opératoire. De plus, ces zones d'ALR sont plus confortables pour le patient que la salle d'opération souvent froide et moins respectueuses de l'intimité.

Certains dogmes encore solidement ancrés, tels que l'attente de la prise d'un repas, de la levée d'un bloc nerveux analgésique ou d'une reprise de la diurèse avant l'autorisation de sortie ne sont plus d'actualité, sous réserve d'une information correcte des patients et de protocoles explicites de prise en charge [1].

#### **IV. LIMITER LE TEMPS A CHAQUE ETAPE AU STRICT MINIMUM NECESSAIRE**

---

A chaque étape de la prise en charge correspond des durées incompressibles directement dédiées aux soins ou à la communication avec le patient. Elles doivent être évaluées en tenant compte d'une variabilité qui est elle-même modélisable. En revanche, il existe des durées inutiles (attente, transport, actions inappropriées...) qu'il faut dépister et réduire. Ceci permet de dégager du temps dit « à valeur ajoutée » dont bénéficient directement les patients.

Le passage par un lit à distance de l'unité est souvent inutile (cf. supra).

Le passage en SSPI reste réglementairement obligatoire à partir du moment où il s'agit d'un acte avec anesthésie, défini par la participation d'un anesthésiste à la prise en charge [8]. Par contre, il n'y a pas de durée minimale de séjour et c'est sur des critères objectifs que le patient doit être autorisé à quitter la SSPI.

Une part importante de temps gaspillé en ambulatoire est liée au brancardage. Dans un très grand nombre de cas, ce brancardage est totalement inutile et le patient qui est venu à pied et repars à pieds de l'unité peut se mouvoir seul durant son séjour hospitalier. Même pour la chirurgie du membre inférieur, l'anticipation par la mise à disposition et la formation à l'utilisation de cannes anglaises permet l'autonomie du patient. Si le brancardage est toutefois nécessaire, la solution du « brancardier régulateur », anticipant les transports semble intéressante.

#### **V. FAUT-IL DES LITS D'AMBULATOIRE ?**

---

Grace à l'évolution des techniques de chirurgie et d'anesthésie, les patients en sortie de SSPI et de salle de repos/collation n'ont dans un grand nombre de cas aucun besoin d'être alités ou même surveillés sur un fauteuil. Ces lits, souvent à distance de l'unité, ne servent que de salle d'attente lorsque la programmation n'est pas correctement échelonnée et retardent la sortie des patients en obligeant le (les) médecin(s) qui signent la sortie à quitter l'unité lorsqu'ils en ont le temps [5]. Lorsque le patient revient dans son lit après l'intervention, il bloque celui-ci pour un éventuel entrant, contredisant ainsi le principe de la marche en avant et mobilisant inutilement de l'espace et du personnel.

Néanmoins, il est probable que, compte-tenu de l'élargissement des indications d'ambulatoire vers des actes plus lourds, il faille dans l'avenir un quota limité de lits/brancards qui leurs soient réservés et puissent, le cas échéant, les accueillir en postopératoire pour des séjours plus prolongés dont la justification sera médicale.

#### **VI. VERS DES UNITES A PLUSIEURS VITESSES**

---

L'évolution des critères d'éligibilité en ambulatoire vers des actes plus lourds va nous obliger à mettre en place dans l'avenir des circuits différents au sein d'une même unité. Le canal carpien opéré sous loco-régionale n'aura pas le même parcours que la sleeve-gastrectomie ! La solution est principalement architecturale avec la distinction d'espaces spécifiques selon les besoins. La SSPI devra être adaptée (cf. infra) et faire coexister des circuits courts et plus longs. Un secteur comprenant des lits devra être réservé pour les cas nécessitant vraiment une surveillance sur les premières heures postopératoires.

#### **VII. LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES CHIRURGICALES**

---

La prise en charge d'urgences chirurgicales est parfaitement possible est déjà réalisée en routine dans de nombreux centres [9]. Soit ces urgences sont re-convocables aux heures d'ouverture de l'unité ambulatoire, soit elles peuvent être insérées dans la journée en fonction des programmes. Ici encore, le maître-mot est la programmation qui permet dès la veille de connaître la capacité d'accueil des urgences du lendemain et d'en informer les chirurgiens et urgentistes. Une expérience intéressante vient d'être publiée où les urgences (orthopédie, viscérale superficiel et ORL) étaient prises en charge en secteur conventionnel, au fur et à mesure de leurs arrivées, sur un mode ambulatoire strict avec une durée de séjour totale n'excédant pas 12h [10]. La satisfaction des patients était excellente, même parmi ceux ayant regagnés leur domicile la nuit. Dans ce contexte en particulier, le fléchage des patients ambulatoires et l'adoption d'un parcours bien identifié apparaissent primordiaux.

## VIII. DES SSPI ADAPTEES A L'AMBULATOIRE

---

Les réflexions actuelles sur la possibilité de court-circuiter la SSPI dans certains cas sont certes intéressantes mais ne correspondent absolument pas à des recommandations professionnelles [11]. L'enjeu n'est pas tant de modifier le décret, ce qui pourrait donner lieu à certaines dérives préjudiciables, que de faire en sorte que les SSPI d'ambulatoires soient dédiées (totalement ou en partie), adaptées à l'état des patients en sortie de bloc et que les patients y restent le moins longtemps possible [12]. Il a d'ailleurs été montré que le court-circuitage de la SSPI ne réduisait pas significativement la charge de travail mais la transférait vers un autre secteur de prise en charge [13].

Le confort en SSPI est dépendant de l'équipement hôtelier, de l'environnement, mais aussi du taux d'occupation de cette dernière et des conditions médicales des voisins. L'occupation de la SSPI est planifiable par une programmation rigoureuse des blocs opératoires et notamment en mixant les interventions de durées courtes et longues afin d'éviter l'alternance de périodes de vide et de saturation [14]. Des efforts doivent être faits pour éviter de mélanger des populations de patients autonomes et nécessitant surtout une surveillance avec d'autres nécessitant des soins invasifs et agressifs. Cela n'est un problème en ambulatoire que si les parcours sont mal étudiés et non dédiés. En ambulatoire, la SSPI peut être équipée de fauteuils, d'écrans de télévision, sonorisée, permettre une certaine déambulation des patients et organisée pour proposer une collation, tout en restant dans le cadre du code de la santé publique. L'expérience nord-américaine de « bypass » de la SSPI, souvent prise en exemple, consiste d'ailleurs à éviter le passage dans un secteur lourd (SSPI de type 1) pour transférer les patients directement en sortie de bloc vers une structure adaptée (SSPI de type 2).

## IX. ORGANISER LE SUIVI A DOMICILE

---

Un des grands enjeux du développement de l'ambulatoire est l'organisation du suivi à domicile. Comme énoncé dernièrement par le Pr R Amalberti « Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique mais dans ce que nous ne voyons pas à l'hôpital » [15]. C'est, de toute évidence, un des paramètres qui conditionnera le développement de l'ambulatoire. Insuffisamment organisé, il fait courir des risques aux patients et le conforte dans la notion qu'il a été « abandonné » par le système. Trop lourd, il peut faire soit rediscuter l'indication de l'ambulatoire, soit pose la question du gaspillage des ressources.

L'appel du lendemain (appel J+1) est inscrit dans tous les programmes qualité. Il permet de faire le point sur le vécu du patient de la période péri-opératoire et de dépister d'éventuelles complications. Il est réalisé au mieux par un soignant. Les questionnements des patients font souvent appel à la connaissance du geste réalisé, à la gestion des traitements antalgiques ou antiémétiques ou encore à l'état de la cicatrice et aux soins locaux. Cette prise de contact privilégiée avec le patient pourrait donner lieu à la reconnaissance d'un véritable acte infirmier.

C'est aussi souvent le moment du questionnaire de satisfaction. L'impact sur le vécu des patients est très positif mais son intérêt médical reste discuté [16]. De plus, certaines interventions un peu plus lourdes sont susceptibles de se compliquer au-delà des 24 premières heures postopératoires. Un rappel ciblé sur certains patients à J4 et/ou J7 peut être informatif.

D'autres solutions ont été envisagées, tel que le retour d'information sur un support internet que le patient remplit lui-même au domicile (clinique les Maussins-Nollet – Paris). La confidentialité de ces fichiers doit pouvoir être assurée.

La télémédecine et son versant télésurveillance, dont le développement est inscrit dans la loi HPST, pourrait être une aide précieuse pour que les équipes chirurgicales puissent évaluer l'état cutané, l'évolution d'une cicatrisation, la mobilité articulaire... Des expériences sont menées sans que nous puissions, encore à ce jour, en tirer des conclusions.

Lorsqu'un suivi à domicile est nécessaire, le plus souvent pour gérer des dispositifs d'analgésie, le recours à un prestataire de soins infirmiers à domicile peut être intéressant. Ceci nécessite une organisation très stricte avec protocolisation des retours d'information, des alertes éventuelles....

Pour de multiples raisons, l'implication de la médecine générale dans ces suites hospitalières est encore insuffisante. Certaines expériences locales (Dr H Le Hetet. Hôpital privé Sévigné) réalisées en partenariat avec les ARS, ont

pourtant montré le bénéfice de cette prise en charge. L'anesthésiste en consultation donne au patient un courrier informatif pour le médecin généraliste (MG) et l'incite à prendre un rendez-vous avec lui pour le lendemain de l'intervention. Le MG fait un retour de cette visite vers l'unité ambulatoire. Il ressort de cette expérience, menée depuis plusieurs années, que les MG jugent leur intervention utile dans environ 75 % des cas. Cette visite consiste essentiellement à procurer des informations aux patients, à rassurer sur des symptômes ressentis, à gérer des problèmes d'analgésie et à vérifier l'état local du site opératoire. Elle est jugée par ces mêmes MG susceptible d'éviter une ré-hospitalisation dans un certain nombre de cas.

## **X. AMELIORER L'INFORMATION DELIVREE AUX PATIENTS**

---

Le patient étant au centre du dispositif, il faut qu'il comprenne bien l'organisation de la prise en charge et y adhère. Il s'agit là d'un enjeu considérable garant de la bonne réussite de la procédure.

Cette information doit se faire à plusieurs niveaux. De façon générale, l'ambulatoire reste insuffisamment connu des patients qui peuvent considérer qu'il s'agit d'une prise en charge dégradée par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. C'est aussi le rôle des pouvoirs publics de promouvoir et de contribuer à positiver l'image de cette prise en charge.

Dès la consultation, devraient être remis aux patients une information adaptée et détaillée, validée par l'ensemble de l'équipe (chirurgiens et anesthésistes). Il peut être intéressant de réfléchir à la mise à disposition sur un site internet d'informations complémentaires avec un système de « réponses aux questions fréquentes » qui permet aux patient d'anticiper ce qu'il va ressentir en postopératoire. Ces démarches d'informations constituent une véritable éducation thérapeutique qui est un facteur de succès de l'ambulatoire.

## **XI. CONCLUSION**

---

Le développement de l'ambulatoire, inscrit comme une priorité nationale de santé, avec des objectifs ambitieux ne se fera qu'au prix d'une organisation optimale de la prise en charge au risque, dans le cas contraire, de mettre en cause la sécurité des patients et l'efficacité des structures. Ces réflexions organisationnelles sont spécifiques à chaque établissement et à chaque type d'activité. Il ne s'agit donc pas d'édifier des règles applicables à tous sans réserve.

L'organisation optimale nécessite une réflexion portée à chaque étape de la prise en charge, avec une remise en cause de la plupart des dogmes appliqués au fonctionnement d'un bloc opératoire conventionnel. L'objectif de cette réflexion organisationnelle est prioritairement la qualité de la prise en charge et la satisfaction du patient.

Cette organisation optimale nécessite le soutien d'outils informatiques performants dédiés à la programmation, au suivi de parcours patient et des événements indésirables. Elle nécessite également la formation d'un personnel qualifié dans la gestion logistique (infirmière logicienne) comme cela est recommandé officiellement et désormais possible grâce à la loi HPST (nouveaux métiers de la santé).

Enfin, l'organisation optimale est forcément associée à un processus d'analyse, de maîtrise des risques (cartographie des risques) et d'un retour d'informations réalisé dans le cadre d'analyses de pratiques et de questionnaires de satisfaction.

A ce titre, la chirurgie ambulatoire exerce son rôle d'exemplarité, susceptible de faire évoluer positivement l'activité chirurgicale dans son ensemble.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. SFAR: Recommandations Formalisées d'Experts. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. <http://www.sfar.org/article/207/prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire-rfe-2009> 2009.
2. HAS: Ensemble pour le développement de la Chirurgie Ambulatoire. Recommandations organisationnelles [http://www.has-santefr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations\\_vd.pdf](http://www.has-santefr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf) 2013.
3. Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation
4. Bian J, Morrisey MA: HMO penetration, hospital competition, and growth of ambulatory surgery centers. *Health Care Financ Rev* 2006;27:111-122.
5. Verma R, Alladi R, Jackson I, Jackson I, Johnston I, Kumar C, Page R, Smith I, Stocker M, Tickner C, Williams S, Young R: Guidelines. Day case and short stay surgery. *Anaesthesia* 2011;66:417-434.
6. Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R: Rising to the challenges of achieving day surgery targets. *Anaesthesia* 2006;61:1191-1199.
7. Marchand-Maillet F, Ait-Yahia Y, Milan D, Dufeu N, Beaussier M: Efficacité d'une méthode de programmation échelonnée sur la fluidité du parcours patient et l'utilisation des ressources d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;Résumés des communications libres:R534.
8. Lienhart A, Ecoffey C, Benhamou D: La réglementation des SSPI: quoi de neuf depuis le décret de 1994 ? ; in JEPU (ed): *Le Fast-tracking*. Paris, CRI, 2013, pp 287-291.
9. Smith I: Emergency day surgery. *Journal of One Day Surgery* 2009;19:2-3.
10. Franck L, Maesani M, Birenbaum A, Delorme S, Riou B, Langeron O, Le Sache F: Etude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:392-396.
11. SFAR: Communiqué du 26 Dec 2011. <http://www.sfar.org/accueil/article/834/communique-de-la-sfar-du-26-decembre-2011> 2011.
12. White PF, Rawal S, Nguyen J, Watkins A: PACU fast-tracking: an alternative to "bypassing" the PACU for facilitating the recovery process after ambulatory surgery. *J Perianesth Nurs* 2003;18:247-253.
13. Song D, Chung F, Ronayne M, Ward B, Yogendran S, Sibbick C: Fast-tracking (bypassing the PACU) does not reduce nursing workload after ambulatory surgery. *Br J Anaesth* 2004;93:768-774.
14. Marcon E, Dexter F: Impact of surgical sequencing on post anesthesia care unit staffing. *Health Care Manag Sci* 2006;9:87-98.
15. Amalberti R: Le lien Hopital-ville en question. *Le quotidien du Medecin* 2012;10 Oct 2012.
16. Crocker JB, Crocker JT, Greenwald JL: Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. *Am J Med* 2012;125:915-921.