

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

**Rapport
d'évaluation
technologique**

**Éléments d'appréciation en vue
de la prise en charge d'un patient**

(texte court)

Mai 2014

Le document source est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

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

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

Introduction	5
Contexte.....	6
1.1 La chirurgie ambulatoire.....	7
1.2 État des lieux sur l'activité de chirurgie ambulatoire	10
1.3 Objectif de l'évaluation.....	11
Méthodes d'évaluation	13
Résultats de l'évaluation	14
1.1 Aspects règlementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire.....	14
1.2 Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques.....	14
1.3 Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux	25
1.4 État des lieux sur l'hébergement non hospitalier	32
Synthèse de l'analyse des données de la littérature, de la position argumentée des experts en groupe de travail et de l'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes.....	34
Conclusion et perspectives.....	38
Participants.....	40
Fiche descriptive	41

INTRODUCTION

En 2010, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent.

L'article D.6124-301 du Code de la santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient.

L'évaluation de l'éligibilité lors de la consultation préopératoire est essentielle, notamment pour assurer la sécurité des patients.

En 2005, selon Lermite, la sélection des patients a des composantes médicales et sociales. Mais l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépendait plus des habitudes et des traditions des services que des données d'évidence.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but est d'identifier les éléments ou critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises, et non d'élaborer des recommandations de bonne pratique.

En effet, selon les données du Socle de connaissances, l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables en termes d'organisation et de ressources, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées.

CONTEXTE

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de produire des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus.

De façon concomitante, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a inscrit, en décembre 2009 dans son programme de travail 2010, la thématique chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010-2011.

Le partenariat HAS – ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour les deux institutions. Cette collaboration vient potentialiser et mutualiser leurs compétences respectives afin d'accompagner au plus près les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements et les régulateurs (Agence régionale de santé, ARS) dans le développement de la chirurgie ambulatoire en France.

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis avec une planification pluriannuelle (2012-2015). Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement. Les six axes sont présentés ci-après :

■ Axe 1 : Socle de connaissances

La réalisation d'un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales est une étape préalable indispensable.

Cette synthèse des données a pour objectifs, d'une part, de mettre à disposition des différents acteurs, professionnels de santé notamment, un outil pédagogique « Socle de connaissances » et, d'autre part, de servir de base d'informations sur laquelle se fondera l'ensemble des travaux HAS – ANAP.

Le Socle de connaissances a été publié en avril 2012.

■ Axe 2 : Critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et critères d'ordre psychologique et social. Il s'agit d'une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques. Cette approche, déconnectée de l'acte, permettra de distinguer le besoin de soins du besoin d'hébergement (« hôtellerie »). Tel est l'objectif de ce travail.

■ Axe 3 : Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre

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.

Les « Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : outils et guide » ont été publiées en mai 2013.

■ Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques

La réalisation en séquence de différents travaux est prévue. L'ensemble des acteurs a exprimé le besoin de disposer d'un outil permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Le travail s'intitulant « Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : État des lieux et perspectives » a été publié en septembre 2013.

■ Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation

Les travaux déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP seront mis à profit pour développer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « clients cibles ». Ce travail est en cours.

■ Axe 6 : Certification/accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq prochaines années, avec

la perspective d'une « certification des équipes » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont. Ce travail est en cours.

1.1 La chirurgie ambulatoire

Le Socle de connaissances, publié en avril 2012¹ sur le site Internet de la HAS, est une synthèse des données sur la chirurgie ambulatoire et a servi de base d'informations dans cette partie.

1.1.1 Rappel des définitions

► Définition française et réglementaire

La France a labellisé le vocabulaire dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 : « La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation². Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été intégré dans le Code de la santé publique (CSP). La définition de la chirurgie ambulatoire comme structures de soins alternatives à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.

La chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D.6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces dispositions s'appliquent « aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L.6122-1 » (article D. 6124-301 du CSP). Les établissements de santé sont donc autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire.

L'article D. 6124-301-1 du CSP précise que « les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »³.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

Cette définition indique que :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ;
- la durée de séjour du patient est limitée à 12 heures maximum ;
- la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

Il s'agit donc d'un acte chirurgical qui, en aucun cas, ne peut être assimilé à de la « petite » chirurgie ou de la chirurgie « légère ».

1. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/fr/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances

2. Le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation définissait précisément ces structures et introduisait les notions simples d'organisation et d'architecture. Les moyens propres que nécessitent ces structures, en termes de locaux, de matériels et de personnels étaient également introduits.

3. Le texte offre désormais la possibilité pour les structures d'étendre leur durée d'ouverture, mais la durée de séjour des patients reste limitée à 12 heures maximum. L'article qui précisait que les structures dispensaient des prestations sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures a été modifié par le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, et indique désormais que la prise en charge doit être inférieure ou égale à cette durée.

L'article R. 6121-4 du CSP présente le caractère substitutif et qualifié de la chirurgie ambulatoire :

- substitutif, car il est indiqué que « les alternatives à l'hospitalisation [...] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » ;
- qualifié, car « dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » – les prestations équivalentes par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation conventionnelle⁴.

La circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel et la circulaire DGOS/RH5 n° 2011-74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins confirment également cette qualification de chirurgie « qualifiée et substitutive ». Il s'agit de changer de paradigme⁵ :

- ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;
- mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence.

Ni l'hospitalisation à domicile (HAD) ni les explorations ou interventions par endoscopie et fibroscopie nécessitant une anesthésie en gastro-entérologie et en pneumologie ne sont considérées comme relevant de la chirurgie ambulatoire.

1.1.2 Les étapes de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire

La prise en charge d'une intervention en ambulatoire passe par quatre étapes obligatoires :

► L'évaluation préopératoire

L'évaluation préopératoire est l'étape au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer sa sortie.

L'étape d'évaluation préopératoire a pour finalité de limiter les admissions non programmées la nuit suivant l'intervention et les réadmissions dans les jours qui suivent, pour des raisons médico chirurgicales ou sociales et environnementales et d'assurer, en cas de survenue d'événements indésirables, une prise en charge dans des conditions de sécurité optimales.

Dès cette première étape, l'implication du patient et son interaction avec les professionnels de santé sont des facteurs importants de réussite du processus. Celui-ci est invité à prendre part à la décision.

► La phase opératoire

La phase opératoire en elle-même est techniquement adaptée sur le plan anesthésique et chirurgical pour garantir le succès de la procédure selon un mode ambulatoire.

► La phase d'autorisation de sortie

La phase d'autorisation de sortie repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure. Le bulletin de sortie est défini en France dans le cadre de l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique. Celui-ci mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, précise les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire et anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.

► Le suivi du patient en postopératoire

Le suivi du patient peut être assuré notamment par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention et permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement

4. Le caractère qualifié et les moyens mobilisés induisent une hospitalisation et non le temps de séjour dans l'établissement de santé ou le seul passage au bloc. Il ne s'agit pas d'actes en externe avec passage en secteur opératoire (actes dits « frontières » entrant dans le cadre des forfaits sécurité environnement E-FSE).

5. Instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (instruction DGOS/R3 n° 2010- 457).

de la phase postopératoire. Par ailleurs, en France, l'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité des soins. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée (article D. 6124-304 du Code de la santé publique). Enfin, le partage d'informations et/ou la coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, peut également contribuer à la continuité des soins, à condition qu'elle soit organisée en conséquence.

1.1.3 Le triptyque patient-acte-structure

S'interroger sur la modalité de prise en charge des patients nécessite de considérer les facteurs liés au patient, à la réalisation de l'acte et à la maturité de la structure où il sera pris en charge, communément appelé triptyque patient-acte-structure.

► Facteurs liés aux patients

La pratique de la chirurgie ambulatoire concerne désormais tous les patients, y compris ceux présentant certaines comorbidités associées, ceux dont la prise en charge ambulatoire nécessite une adaptation particulière de certains traitements médicamenteux et ceux aux extrêmes des âges.

► Facteurs liés à la réalisation de l'acte (geste et anesthésie)

L'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) et l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) s'accordent sur le fait que les listes d'actes susceptibles de justifier une prise en charge ambulatoire n'ont pas lieu d'être puisque l'acte en lui-même ne suffit pas à définir le mode de prise en charge le plus adapté, la décision étant fondée sur le triptyque patient acte structure. En revanche, les soins et la surveillance postopératoires prévisibles, à la suite de l'intervention, vont conditionner

le choix de la modalité de prise en charge. Il en est de même pour la technique anesthésique.

► Facteurs liés à la structure

La réalisation d'une intervention donnée (mineure ou majeure) chez un patient donné dépend de l'expérience et des ressources disponibles de la structure où il sera pris en charge. Par ailleurs, la maturité organisationnelle de l'établissement est un élément fondamental abordé dans un des axes du programme portant sur la chirurgie ambulatoire (cf. Axe 3 – Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire, publié en mai 2013).

1.1.4 Bénéfices et risques de la chirurgie ambulatoire

Il existe très peu de contre-indications absolues à la chirurgie ambulatoire. La plupart des patients sont éligibles sauf si des facteurs évalués en période préopératoire ont permis de prédire une probabilité plus élevée de séjour prolongé à l'hôpital.

► Bénéfices attendus

Sous réserve d'être maîtrisée et bien organisée, les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis et particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. Les bénéfices attendus sont :

- objectifs : moindre exposition aux infections nosocomiales (cinq à six fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle⁶) puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit la probabilité d'exposition. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire. Par ailleurs, le risque thromboembolique apparaît extrêmement faible en chirurgie ambulatoire et serait inférieur à celui de la chirurgie conventionnelle ;
- subjectifs : plus grande satisfaction des patients. Le Socle de connaissances rapporte un taux de satisfaction des patients élevé (> 90 %). Par ailleurs, la très grande majorité des professionnels jugeaient positif le service rendu au patient par l'unité de chirurgie ambulatoire.

6. Source : Rapport réseau INCISO 2007 Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire (janvier 2008), www.cclinparisnord.org.

► Risques médicaux et indicateurs cliniques de qualité

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques per- et postopératoires. L'analyse menée dans le cadre du Socle de connaissances des risques associés à la pratique d'interventions chirurgicales en ambulatoire a rapporté peu d'événements.

Cette analyse rappelle également que la survenue d'effets indésirables mineurs (douleur, nausées et vomissements postopératoires, rétention urinaire, somnolence, vertiges, céphalées) n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire. Les incidences de ces effets indésirables retrouvées dans la littérature variaient en fonction des caractéristiques de la population, du type de chirurgie et des techniques anesthésiques.

Des indicateurs cliniques de sécurité et de qualité spécifiques de la chirurgie ambulatoire, tels que les taux d'admission postopératoire le jour de l'intervention ou les taux de retour à l'hôpital et/ou de réadmission non programmée en hospitalisation classique, ont été développés. Un travail complémentaire est en cours dans le cadre du programme national pour le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. Axe 5 relatif aux indicateurs, suivi et évaluation).

1.1.5 Participation du patient à l'appréciation de son éligibilité

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

► Processus de décision partagée

En 2013, selon la HAS, la « décision médicale partagée » correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. La décision médicale partagée décrit le processus suivant :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;
- un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.

L'objectif est d'augmenter la participation du patient qui le souhaite aux décisions sur sa santé et d'améliorer la qualité, notamment en améliorant la perception exacte du risque par le patient.

Concrètement, en chirurgie ambulatoire, la première étape correspond à celle où le chirurgien confirme la pertinence et le bénéfice d'une intervention chirurgicale comme traitement et où il doit expliquer au patient notamment la nature et le déroulement des interventions, mais aussi leurs objectifs, les bénéfices, les risques, les effets indésirables éventuels et les autres options possibles.

Ensuite, le chirurgien et le patient échangent sur ces informations. Cette étape permet au patient de comprendre les informations données et d'exprimer ses préférences. Enfin, un choix est effectué et accepté d'un commun accord par le patient et le chirurgien.

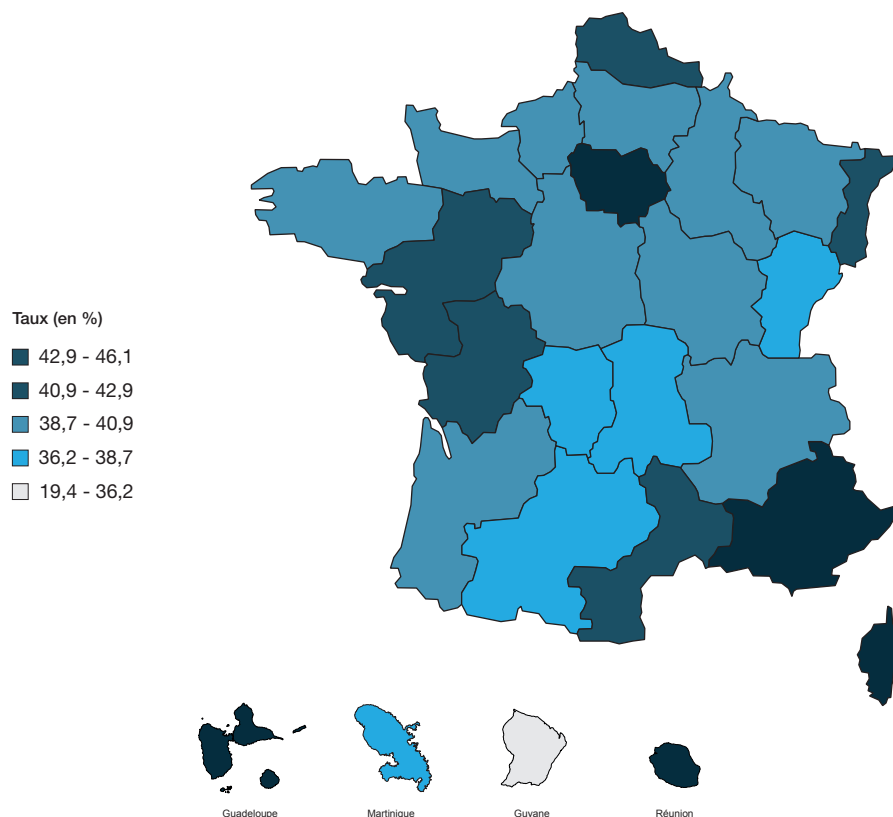
1.2 État des lieux sur l'activité de chirurgie ambulatoire

Selon l'ATIH, en France, en 2012, près de 41 % des séjours de chirurgie sont réalisés en hospitalisation partielle alors qu'en 2007, ce taux était de 32 %.

Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2011 et 2012 de 1,3 point, passant de 39,8 % à 40,8 %, soit une progression légèrement moins prononcée à celle constatée entre 2010 et 2011 (1,7 point). Ce taux varie entre les régions de France métropolitaine allant de 36,2 % à 46 %, comme le montre la Figure 1.

En 2012, 5,4 millions de séjours concernent l'activité de chirurgie, soit 31 % des séjours hospitaliers. Cette proportion est bien plus importante pour l'activité des

Figure 1. Taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2012 (Source : ATIH, octobre 2013)



établissements du secteur ex-OQN⁷ (49 %) que pour celle des établissements du secteur ex-DG⁸ (21 %).

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours réalisés en chirurgie a augmenté de + 1,6 %. Cependant, cette progression est très différente selon les secteurs. Ainsi, les séjours de chirurgie augmentent davantage dans le secteur ex-DG (+ 2,6 % pour l'ex-DG vs + 0,9 % pour l'ex-OQN).

Parmi ces séjours de chirurgie, 41 % sont réalisés en ambulatoire, cette prise en charge étant en nette augmentation (+ 4,9 %). La croissance de cette catégorie de soins est plus forte dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (+ 7,9 % vs + 3,7 %).

À l'inverse, le nombre de séjours de chirurgie réalisés en hospitalisation complète est en baisse (- 0,6 %). Cette baisse est principalement imputable aux cliniques ex-OQN, puisque ces séjours sont stables dans les établissements du secteur ex-DG.

1.3 Objectif de l'évaluation

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à considérer pour apprécier l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire afin de garantir la sortie du patient le soir même de l'intervention sans aucun risque. Le but est donc d'identifier les éléments/critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises actuelles.

Il ne s'agit pas d'un travail d'élaboration des recommandations de bonne pratique car l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées. Par ailleurs, la méthode de travail retenue dans la note de cadrage n'a pas pour finalité l'élaboration de recommandations avec une recherche de consensus entre les professionnels.

7. Secteur ex-OQN : établissements de santé à but lucratif sous objectif quantifié national (OQN) avant la réforme T2A.

8. Secteur ex-DG : établissements publics de santé ainsi que les établissements privés participant au service public hospitalier financé avant la réforme T2A par dotation globale de fonctionnement (DG).

1.3.1 Champs d'évaluation

Le champ d'évaluation, tel que cela a été défini dans la note de cadrage⁹, concerne trois volets :

- les spécificités juridiques en chirurgie ambulatoire ;
- les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques ;
- les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux.

► Les spécificités juridiques

L'analyse des spécificités juridiques associées à ce mode de prise en charge portera sur la responsabilité médicale liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire lors de la phase d'appréciation de l'éligibilité, la place et le rôle de l'accompagnant, et le maintien du secret médical dans ces conditions.

► Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques

Il s'agit d'un recensement des besoins médicaux et chirurgicaux, en soins et en surveillance postopératoire, notamment dans les 24 heures suivant l'intervention, liés aux comorbidités du patient ou aux suites opératoires. Cette analyse porte sur un nombre restreint et choisi au préalable pour leur pertinence de critères médicaux (comorbidités fréquentes dans la population pouvant bénéficier de cette modalité de prise en charge, adaptation de certains traitements fréquents, principales complications postopératoires). Les spécificités liées à l'âge (pédiatrie et gériatrie) sont également évaluées dans ce travail.

► Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux

Si les critères médicaux et chirurgicaux sont fréquemment abordés, une adaptation des critères sociaux et environnementaux au contexte français est essentielle, notamment l'appréciation des distances d'éloignement, des temps de transport et de l'offre de soins hospitalière et de ville.

De plus, la chirurgie ambulatoire étant particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber (notamment les enfants et les personnes âgées), une interrogation sur les conditions de vie de ces personnes aux extrêmes des âges et sur la responsabilité de leur accompagnant doit être portée.

La description des besoins en hébergement postopératoire (la nuit suivant l'intervention et/ou le lendemain) tient compte d'éléments d'ordre social et environnemental. Elle nécessite en outre de s'interroger sur :

- la place et le rôle de l'accompagnant ;
- la place des soins de ville.

Enfin, l'émergence d'autres structures pour pallier les conditions sociales et environnementales non remplies est abordée dans ce travail, l'objectif étant de faire un état des lieux de ce qui existe en France et dans d'autres pays en matière d'hébergement non hospitalier.

1.3.2 Aspects exclus du champ d'évaluation

Sont exclus du champ de cette évaluation (tel que cela a été défini dans la note de cadrage) :

- les modalités du partage de la décision concernant le type de prise en charge. Si la nécessité d'un processus décisionnel interactionnel entre le patient et les professionnels de santé est rappelée, l'élaboration d'outils d'aide à la décision n'est pas réalisée ;
- l'approche des critères d'éligibilité par liste d'actes ;
- l'approche des critères d'éligibilité par techniques anesthésiques ;
- les stratégies thérapeutiques d'anticipation des complications postopératoires ou les protocoles médicaux de prise en charge, comme la gestion de la douleur, la gestion des nausées et vomissements postopératoires ou des complications thromboemboliques. En revanche, les besoins en soins et en surveillance que leur survenue peut nécessiter sont abordés ;
- l'analyse des facteurs prédictifs des complications postopératoires et d'échec de la prise en charge en ambulatoire. Ces facteurs, abordés dans le cadre de l'analyse de la balance bénéfices/risques de la chirurgie ambulatoire dans le rapport « Socle de connaissances » sont en effet difficilement dissociables d'une approche par acte et par techniques anesthésiques et dépendent de l'organisation mise en place pour les anticiper ;
- la prise en considération de la prise en charge en ambulatoire d'actes en urgence puisque la chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée pour des patients sélectionnés au préalable.

9. Note de cadrage de ce travail, publiée sur le site Internet de la HAS en octobre 2012.

MÉTHODES D'ÉVALUATION

La méthode d'évaluation utilisée par la HAS dans ce rapport est fondée sur :

- l'analyse critique des données identifiées de la littérature scientifique ;
- la position argumentée de professionnels réunis dans un groupe de travail pluridisciplinaire ;
- la relecture par les parties prenantes au sens du décret n° 2013-413 du 21 mai 2013¹⁰, notamment les sociétés savantes et les associations de patients et d'usagers.

Une recherche bibliographique a été réalisée sur la période de 1990 à avril 2013 et une veille jusqu'en mars 2014.

► Critères de sélection

Au vu des articles et compte tenu des avancées en anesthésie et en chirurgie notamment des techniques moins invasives utilisées en chirurgie ambulatoire, la sélection a été limitée aux articles publiés à partir de l'année 2000 afin d'obtenir et d'analyser des données récentes.

- Critères d'inclusion :
 - les recommandations, les guides de bonnes pratiques, les méta-analyses, les revues systématiques de la littérature, les études contrôlées randomisées et les études observationnelles traitant des critères d'éligibilité des patients adultes et enfants à la chirurgie ambulatoire,
 - limite : publications à partir de l'année 2000, en langue anglaise et française,
 - les données des revues narratives, des séries de cas, des retours d'expériences et opinions d'experts ont été reprises, à titre descriptif si aucune donnée de niveau de preuve plus élevée n'est disponible ;
- Critères d'exclusion :
 - les revues narratives, les séries de cas, les retours d'expériences et opinions d'experts sauf les cas cités ci-dessus,
 - les articles sur la chirurgie ambulatoire mais dont l'objectif est d'ordre organisationnel,
 - les articles traitant d'un acte spécifique réalisé en chirurgie ambulatoire,
 - les articles spécifiques de la pratique en *office-based*, pratique non autorisée en France.

► Résultats

Après un processus de sélection, 42 articles ont été analysés : 15 recommandations, 15 guides de bonnes pratiques, cinq revues systématiques de la littérature, sept études observationnelles. Aucune méta-analyse ni étude randomisée contrôlée n'a été identifiée.

La littérature étant peu spécifique et peu abondante sur les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux, les données des revues générales ont été reprises dans ce rapport, à titre descriptif.

10. Le quatrième alinéa de ce décret dispose que : « La décision peut s'appuyer, si l'objet de l'expertise le justifie, sur la prise en compte des points de vue des «parties prenantes» (ou «parties intéressées»), c'est-à-dire des personnes ou groupes concernés ou susceptibles de l'être, directement ou indirectement, par les conséquences de cette décision, notamment des milieux associatifs et des acteurs économiques ou professionnels, ou qui représentent l'intérêt général de groupes concernés par ces conséquences ».

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

L'analyse des données de la littérature, en majeure partie de niveau de preuve peu élevé mais convergentes sur plusieurs critères, la position argumentée du groupe de travail et la relecture des parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers) permettent de retenir plusieurs points importants.

1.1 Aspects réglementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire

L'organisation de la chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs et réglementaires. 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.

1.2 Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques

Les critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire suivants ont été identifiés dans la littérature et ont été évalués dans ce travail :

- les critères généraux ;
- les critères chirurgicaux ;
- les critères anesthésiques incluant le statut ASA et l'hyperthermie maligne ;
- les critères médicaux :
 - généraux,
 - le syndrome d'apnée du sommeil,
 - l'obésité,
 - le diabète,
 - liés à la présence d'autres comorbidités (cardio-vasculaire, respiratoire, etc.),
 - liés aux traitements concomitants,
 - le tabac, l'alcool et les substances illicites.

Les spécificités liées à l'âge (prise en charge des patients en pédiatrie et en gériatrie) ainsi que les éléments importants à apprécier lors de l'évaluation préopératoire qui

sont liés aux possibles complications postopératoires (événements thromboemboliques, nausées et vomissements, douleur) ont également été considérés.

1.2.1 Critères généraux

► Synthèse de la littérature

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les critères généraux reposent sur l'évaluation au cas par cas en tenant compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient et du niveau de maturité de la structure basée notamment sur l'expérience de l'équipe médicale et les ressources disponibles.

Sur le plan pratique, il est important de considérer les éléments suivants :

- la sélection des patients peut être facilitée par l'utilisation d'un protocole local adapté à chaque structure avec une liste des critères de sélection et d'éligibilité établie localement. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire (données de niveau de preuve peu élevé) ;
- la prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient (données de niveau de preuve peu élevé).

► Position argumentée du groupe de travail

Le groupe de travail a souhaité apporter plus de précisions sur les critères généraux : l'éligibilité est basée sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient en tenant compte du degré de maturité de la structure (organisation et moyens développés en fonction de la prévisibilité des complications de l'intervention).

La sélection des patients peut être facilitée par un protocole local et adapté à chaque structure.

L'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient est un des facteurs principaux déterminant le choix du mode de prise en charge.

L'ophtalmologue a ainsi précisé que dans sa spécialité, l'hospitalisation complète expose les patients à un risque d'infection grave, les interventions sont donc majoritairement réalisées en chirurgie ambulatoire qui est le mode de prise en charge privilégié.

1.2.2 Critères chirurgicaux

► Synthèse de la littérature

Les critères d'éligibilité d'ordre chirurgical suivants issus de la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes :

- risque minime de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate (hémorragie, instabilité cardiovasculaire, obstruction des voies aériennes postopératoires, etc.) ;
- douleurs postopératoires contrôlables ;
- retour rapide de la prise alimentaire solide et liquide par voie orale ;
- soins postopératoires gérables par le patient et son entourage.

Le niveau de preuve peu élevé des deux critères suivants ne permet pas de les retenir :

- le seul critère d'exclusion serait le caractère prévisible de l'intervention jugé trop complexe ou trop étendu pour un patient déterminé ;
- la durée de l'intervention ne serait pas un critère d'éligibilité.

Un élément pouvant être utile sur le plan pratique a été relevé :

- les soins postopératoires spécifiques à la chirurgie ambulatoire pourraient être gérés par des paramédicaux, à domicile ou en externe (données de niveau de preuve peu élevé).

► Position argumentée du groupe de travail

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les critères chirurgicaux.

Par ailleurs, la durée de l'intervention n'est pas un critère d'éligibilité ; il s'agit toutefois d'un élément à prendre en compte puisque la durée doit être compatible avec la sortie du patient le jour de son intervention. La programmation de l'intervention doit assurer que le temps de surveillance postopératoire sera suffisant avant la sortie du patient.

La bilatéralité

L'orthopédiste a soulevé le problème que peut poser la bilatéralité. Il s'agit d'un critère non cité dans la littérature mais dont l'appréciation est importante en termes d'anesthésie, notamment locorégionale, mais aussi en termes d'autonomie et de capacité fonctionnelle du

patient. La bilatéralité peut entraîner une modification de la prise en charge amenant dans certains cas à décider une hospitalisation complète.

1.2.3 Critères anesthésiques

► Synthèse de la littérature

Les critères anesthésiques suivants retrouvés dans la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes.

L'analyse permet de retenir :

- qu'il n'est pas recommandé de stratégie anesthésique spécifique. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, l'anesthésie générale, régionale ou locale, une sédation ou une combinaison de techniques peuvent être utilisés.

Les critères suivants relèvent des recommandations de bonne pratique en anesthésie (données de niveau de preuve peu élevé) :

- les contre-indications relatives seraient les antécédents de problèmes anesthésiques, le cou court avec une circonférence ≥ 43 cm, la mâchoire reculée, un score de Mallampati stade 3 et 4, l'ouverture limitée de la bouche ;
- les contre-indications absolues seraient les antécédents de difficulté d'intubation, l'incapacité d'ouvrir la bouche ou la difficulté de la maintenir ouverte.

Le niveau de preuve peu élevé des données suivantes ne permet pas de les retenir :

- il serait raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire ;
- les techniques anesthésiques devraient entraîner un minimum de stress et un maximum de confort pour le patient et l'analyse du rapport bénéfice/risque de chaque technique doit être prise en compte dans le choix ;
- en cas d'anesthésie locale ou régionale, l'éligibilité dépendrait de l'état cardio-respiratoire qui serait le seul critère essentiel de sélection ;
- les critères d'éligibilité en cas d'anesthésie générale devraient être développés et validés par des anesthésistes expérimentés.

Il est important de rappeler la réglementation en France en matière de consultation anesthésique qui doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

► Position argumentée du groupe de travail

Il n'existe pas de stratégie spécifique, le choix de la technique anesthésique s'effectue en fonction de l'évaluation du couple acte-patient et de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient. Les critères utilisés lors de l'évaluation préopératoire devraient être développés et validés par les anesthésistes.

Certains membres du groupe de travail tiennent également à préciser que contrairement aux données retrouvées dans la littérature (notamment dans les recommandations anglo-saxonnes), l'évaluation préopératoire reste un acte médical en France et doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

1.2.4 Statut ASA

► Synthèse de la littérature

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients en tenant compte du statut ASA (*American Society of Anesthesiologists*) sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire ;
- l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, fonde le principe de cette sélection.

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients de statut ASA III non équilibré et ASA IV.

► Position argumentée du groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont souligné que la stabilité de l'état clinique constitue l'argument décisionnel majeur. Le score ASA réalisé lors de la consultation préopératoire prend en compte les antécédents des patients. Il s'agit d'un score prédictif du risque péri-opératoire, mais il existe une variabilité inter-opérateur dans son estimation. Toutefois, ce score reste le plus connu et le plus couramment utilisé actuellement.

Selon les anesthésistes, des scores annexes de gestion de risque a priori pourraient être utilisés pour apprécier l'éligibilité du patient. Il s'agit du :

- score cardiaque de LEE brut et modifié pour graduer les morbidités péri-opératoires sur les événements cardiovasculaires ;
- score NYHA (*New York Heart Association*).

Les anesthésistes ont également évoqué l'existence de scores fonctionnels qui n'interviennent pas sur l'éligibilité mais qui sont intéressants pour définir en amont une stratégie de prise en charge. Il s'agit notamment du :

- score simplifié d'APFEL qui prédit les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) permettant de mettre en place une stratégie de prévention et d'anticipation. Il s'agit d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité ;
- score EVA (échelle visuelle analogique) préopératoire pour évaluer la douleur (notamment une douleur chronique préexistante) ;
- score MET qui évalue la capacité et le retentissement fonctionnel. Ce score permet de mesurer l'intégration sociale et la capacité de recouvrance de l'état antérieur et de la réhabilitation dans le domicile. Le retour à domicile va être fonction de l'autonomie antérieure, de l'agressivité de l'intervention et des moyens qui vont être mis en place.

1.2.5 Syndrome d'hyperthermie maligne : patients diagnostiqués et statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

► Synthèse de la littérature

Le peu de données disponibles dans la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Patients diagnostiqués

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients diagnostiqués.

Patients de statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients HMS connu.

► Position argumentée du groupe de travail

Patients diagnostiqués et statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

L'appréciation du risque de syndrome d'hyperthermie maligne en préopératoire est régulièrement citée dans la littérature, il s'agit d'une situation extrêmement rare mais grave.

Le groupe de travail rappelle qu'il existe une obligation de disposer de matériels appropriés et d'afficher les procédures de gestion de crise.

Des recommandations à ce sujet ont été élaborées par la SFAR en 2013 avec un arbre décisionnel de dépistage en préopératoire même s'il s'agit de recommandations non spécifiques à la chirurgie ambulatoire¹¹. En cas de crise peropératoire, la sortie le jour même de l'intervention est exclue.

1.2.6 Critères médicaux en général

► Synthèse de la littérature

Les données de la littérature sur les critères médicaux en général sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les critères médicaux sont basés sur l'évaluation de chaque patient, en tenant compte de son état général au moment de l'évaluation et de ses antécédents personnels et familiaux ;
- en aucun cas, l'éligibilité ne devrait être arbitrairement limitée par l'âge, l'IMC, le statut ASA, les comorbidités ou les risques anesthésiques.

L'éligibilité d'une catégorie spécifique de patients (données de niveau de preuve peu élevé) a été discutée dans la littérature :

- les femmes allaitantes seraient éligibles mais il faut porter une attention particulière aux produits et traitements qui passent dans le lait maternel ;
- les patients allergiques au latex seraient éligibles mais nécessiteraient une adaptation préalable en période péri-opératoire et à la sortie ;
- les patients plus à risque d'infection de site opératoire (notamment les fumeurs, les obèses et les diabétiques) nécessiteraient une attention particulière au cours de la consultation préopératoire.

Un élément pouvant être utile sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, a été relevé :

- il faudrait distinguer les conditions préopératoires connues en amont devant être gérées de celles pouvant entraîner des complications postopératoires tardives pouvant être une contre indication à la chirurgie ambulatoire.

► Position argumentée du groupe de travail

L'éligibilité n'est pas arbitrairement limitée par l'âge, l'IMC, les comorbidités, ou les risques anesthésiques. Elle se fonde sur une évaluation de l'état clinique du patient et sur l'appréciation de ses comorbidités.

Les membres du groupe de travail partagent l'analyse des données de la littérature sur l'éligibilité des femmes qui allaitent.

Il a été rappelé que les patients allergiques au latex sont éligibles mais qu'ils nécessitent une adaptation préalable en période péri-opératoire notamment l'utilisation de matériels anesthésiques et chirurgicaux sans latex, qui sont aussi recommandés pour les enfants. Pour ces situations, il est conseillé de planifier les interventions en début de programme opératoire.

Concernant les patients plus à risque d'infection du site opératoire (les fumeurs, les obèses et les diabétiques), le groupe de travail signale qu'il ne s'agit pas d'un indicateur spécifique en chirurgie ambulatoire. Les infections du site opératoire surviennent en général à distance et sont difficiles à apprécier en chirurgie ambulatoire.

1.2.7 Syndrome d'apnée du sommeil

► Synthèse de la littérature

Patients diagnostiqués

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve variable mais les documents sont convergents. L'analyse permet de retenir que :

- les patients diagnostiqués sont éligibles s'ils ont des comorbidités stables, s'ils sont capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux et si l'intervention chirurgicale n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'utilisation d'opioïdes en postopératoire.

Patients non diagnostiqués ou en cas de suspicion du syndrome

- Le faible niveau de preuve des données sur l'éligibilité des patients non diagnostiqués ou en cas de suspicion de syndrome d'apnée du sommeil ne permet pas de les retenir.

11. Recommandations d'experts pour le risque d'hyperthermie maligne en anesthésie réanimation SFAR – CRC (mis en ligne le 10 novembre 2013, www.sfar.org/docs/articles/hmsfar15octobre2013finalJMC.pdf).

Par ailleurs, un élément pouvant être utile sur le plan pratique a été relevé :

- il est conseillé d'utiliser lors de la consultation d'anesthésie le questionnaire STOP-BANG qui a une meilleure sensibilité et est facile d'utilisation pour déterminer le risque de syndrome d'apnée du sommeil chez un patient non diagnostiqué (données de niveau de preuve peu élevé).

► Position argumentée du groupe de travail

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients diagnostiqués.

En cas de suspicion chez un patient non diagnostiqué, une attention particulière doit être portée au cours de l'évaluation car la prise en charge est spécifique. L'utilisation du score STOP-BANG est une aide au dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil. La programmation de l'intervention le matin permet une surveillance de ces patients pendant une durée adéquate.

1.2.8 Obésité

► Synthèse de la littérature

Les critères d'éligibilité des patients atteints d'obésité reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles à la chirurgie ambulatoire, sauf contre indication individuelle ;
- ceux avec un IMC < 40 kg/m² présentant des comorbidités pourraient être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les comorbidités soient bien prises en charge de façon optimale en amont ;
- l'IMC > 40 kg/m² serait un critère d'exclusion pour plusieurs experts sauf cas spécifique après évaluation de chaque patient ;
- il apparaît que les patients atteints d'obésité morbide sévère (IMC > 50 kg/m²) présenteraient plus de risques de complications péri-opératoires et qu'ils devraient être bien évalués compte tenu des risques qu'ils encourent ;
- les comorbidités liées à l'obésité chez les patients avec un IMC entre 40 et 50 kg/m² devraient être identifiées (syndrome hypoventilation, syndrome d'apnée du sommeil, hypertension pulmonaire, hypertension artérielle résistante, atteinte majeure des artères coronaires, insuffisance cardiaque résis-

tante aux traitements) car ce type de patient pourrait ne pas être éligible.

D'autres critères, de niveau de preuve peu élevé, ont été identifiés relevant des recommandations de bonne pratique :

- les facteurs prédictifs de difficulté d'intubation (circonférence du cou ≥ 43 cm ou un score de Mallampati élevé) doivent être recherchés ;
- les comorbidités ou les antécédents qui pourraient être à l'origine des complications devraient être évalués.

Des éléments pouvant être utiles sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, ont été relevés :

- il est recommandé d'évaluer le besoin en traitement prophylactique de thrombose veineuse profonde (faible dose d'héparine, dispositifs de compression veineuse et mobilisation postopératoire précoce) ;
- il faudrait tenir compte du poids maximum autorisé pour les brancards ou les tables d'opération.

► Position argumentée du groupe de travail

L'obésité est un élément marquant à prendre en compte. Ainsi :

- les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles, sauf contre-indication individuelle ;
- les patients avec un IMC > 40 kg/m² pourraient ne pas être éligibles sauf cas spécifique après évaluation du patient.

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de prévoir en amont lors de la création d'une structure dédiée les matériels appropriés à la prise en charge de ce type de patient.

Par ailleurs, la difficulté d'une intubation est généralement prévisible lors de l'évaluation préopératoire. Cette situation nécessite d'être prise en compte dans l'organisation et la gestion du flux de patients.

1.2.9 Diabète

► Synthèse de la littérature

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients diabétiques sont toutes de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- le diabète bien contrôlé ne serait pas une contre-indication, mais la nature de l'intervention ainsi que les soins postopératoires devraient être discutés

avec le patient tout en s'assurant qu'il ait une bonne compréhension de la gestion de son diabète ;

- l'évaluation préopératoire précoce des patients devrait se baser sur la stabilité du contrôle glycémique et sur le retentissement du diabète. Cette évaluation permet d'identifier les autres comorbidités ainsi qu'une difficulté d'intubation prévisible ;
- les patients insulinodépendants seraient éligibles si la procédure permet une reprise rapide du régime alimentaire normal et si l'intervention a lieu de préférence le matin ;
- il est conseillé de décaler l'intervention des patients présentant des complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique).

Des éléments pouvant être utiles sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, ont été relevés :

- une planification minutieuse serait nécessaire avec la participation du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- les douleurs et les nausées/vomissements postopératoires devraient être bien gérés et maintenus à un niveau minimal.

► **Position argumentée du groupe de travail**

L'éligibilité des patients diabétiques est basée sur l'évaluation du sujet et en tenant compte des recommandations de bonne pratique en vigueur.

Les patients insulinodépendants sont éligibles si la procédure permet une reprise de régime alimentaire normal en postopératoire et si le patient a une bonne compréhension de la gestion de sa maladie.

Il est préférable de programmer ces patients en début de programme opératoire pour pouvoir gérer les aléas le cas échéant.

Une communication étroite avec le médecin traitant est particulièrement importante.

Enfin, les patients présentant les complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique) ne sont pas éligibles.

1.2.10 Troubles cardiovasculaires (hypertension artérielle / angine de poitrine / infarctus du myocarde / insuffisance cardiaque congestive)

► **Synthèse de la littérature**

Hypertension artérielle

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients hypertendus.

Angine de poitrine

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients présentant une angine de poitrine de classe I ou II bien traitée sont éligibles ;
- une angine de poitrine de classe IV est un critère d'inéligibilité ;
- l'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients atteints d'angine de poitrine de classe III.

Infarctus du myocarde

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients ayant eu un infarctus du myocarde dans les six mois précédant l'intervention.

Insuffisance cardiaque congestive

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

► **Position argumentée du groupe de travail**

Hypertension artérielle, angine de poitrine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive

Selon le groupe de travail, la stabilité de l'état clinique est le critère le plus important. L'éligibilité dépend du couple acte-patient et de l'analyse de la balance bénéfique/risque pour le patient. Selon les anesthésistes, l'utilisation du score de LEE est particulièrement adéquate pour évaluer ce type de patient. Par ailleurs, les patients présentant une atteinte cardiovasculaire modérée ou grave ne doivent pas être pris en charge dans des centres indépendants.

1.2.11 Troubles des voies respiratoires (asthme et BPCO)

► **Synthèse de la littérature**

Les critères d'éligibilité suivants concernant les patients présentant des troubles des voies respiratoires, notamment de nature obstructive, reposent sur des données de la littérature de niveau de preuve peu élevé mais convergentes.

L'analyse permet de retenir que :

- les patients asthmatiques ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont éligibles à la chirurgie ambulatoire s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques (30 jours après).

Les autres éléments suivants ont été identifiés, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- l'éligibilité dépendrait de l'évaluation pour chaque patient du degré de sa pathologie et de ses antécédents ;
- en présence d'une pathologie grave et rebelle, l'avis des pneumologues reste indispensable ;
- la dyspnée de grade 2 non traitée et l'asthme non contrôlé seraient des contre-indications relatives à la chirurgie ambulatoire ;
- une évaluation de la balance bénéfique/risque est conseillée quant à l'utilisation d'anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en postopératoire pour chaque patient asthmatique pris en charge en chirurgie ambulatoire.

► Position argumentée du groupe de travail

Les patients présentant des troubles des voies respiratoires sont éligibles s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques (30 jours après) et s'ils présentent une fonction pulmonaire optimale. Il est également important de rechercher l'existence d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) associée et d'en évaluer la sévérité.

Certains membres du groupe de travail ont rappelé qu'une attention particulière doit être portée aux médicaments pouvant entraîner un bronchospasme.

Concernant les patients asthmatiques, il convient de suivre les recommandations de bonne pratique en vigueur qui ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients asthmatiques ayant besoin d'AINS après une chirurgie ambulatoire dont l'éligibilité dépend de l'évaluation de la balance bénéfique/risque pour le patient. Mais il a été souligné que l'AINS reste l'antalgique de première intention dans certaines spécialités comme l'orthopédie, et que son utilisation est presque incontournable. Selon les anesthésistes, le score de LEE est particulièrement adéquat pour évaluer

ce type de patient, notamment en tenant compte de la clairance de la créatinine.

1.2.12 Autres comorbidités

► Synthèse de la littérature

Les patients présentant d'autres comorbidités (rénale, hépatique, neurologique, gastro-intestinale, psychique)

Peu de données sont disponibles sur la prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients présentant d'autres comorbidités. De plus, les données sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de les retenir :

- les patients présentant des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage) seraient éligibles mais à condition qu'un accompagnant soit disponible de façon permanente. Leur retour rapide dans un environnement familial est en effet conseillé ;
- les patients atteints d'épilepsie bien contrôlée par le traitement seraient éligibles ;
- la chirurgie ambulatoire serait contre-indiquée pour les patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère) sauf en cas de procédures simples.

► Position argumentée du groupe de travail

Patients avec des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage)

Il a été souligné que le suivi des instructions périopératoires peut être compromis chez les patients psychotiques et même si un accompagnant est présent, il est préférable de renforcer les liens avec l'équipe psychiatrique avant et après l'intervention.

Patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère) en cas de besoin de procédures simples

Les patients présentant des comorbidités sévères sont éligibles uniquement en cas de procédures simples.

1.2.13 Traitements concomitants

► Synthèse de la littérature

Traitement antiagrégant plaquettaire

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients sous antiagrégant plaquettaire sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Traitement anticoagulant

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients sous anticoagulant.

IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase)

Le peu de données disponibles identifiées sur l'éligibilité des patients sous IMAO sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Autres traitements

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- la plupart des médicaments habituels des patients devraient être pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire ;
- les antidiabétiques oraux ne devraient pas être arrêtés la veille de l'intervention. En revanche, aucun traitement le jour de l'intervention ne devrait être pris avant la reprise de l'alimentation normale ;
- pour les patients sous insuline, une adaptation devrait être faite en fonction du type d'insuline le jour de l'intervention.

► **Position argumentée du groupe de travail**

Traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants

La conduite à tenir vis-à-vis des antiagrégants plaquettaires ou des anticoagulants dépend de leurs indications, du profil à risque des patients et nécessite une discussion pluridisciplinaire. La gestion péri-opératoire de ces patients est en effet délicate et doit être protocolisée. Le partage d'informations et la coordination de la gestion des risques en amont et en aval sont donc indispensables, notamment avec le médecin traitant.

Patients sous insuline

Le groupe de travail précise que les patients sous insuline sont éligibles mais nécessitent une adaptation péri-opératoire du traitement en fonction du type de l'insuline (adaptation la veille et le jour de l'intervention).

IMAO, antidiabétiques oraux et les autres traitements

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients sous IMAO, sous antidiabétiques oraux, sous bêtabloquants, sous statines, sous inhibiteurs d'enzyme de conversion et sous autres médicaments.

1.2.14 Tabac, alcool, substances illicites

► **Synthèse de la littérature**

Tabac

Peu de données sur l'éligibilité des patients exposés au tabac sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- l'éligibilité d'un patient tabagique ou exposé au tabagisme passif dépendrait de son évaluation pré-opératoire en tenant compte du degré et de la durée de l'exposition au tabac, des comorbidités pouvant être exacerbées par le tabac et des risques de complications péri opératoires.

Par ailleurs, l'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur le délai préconisé du sevrage tabagique avant l'intervention (entre six – huit semaines et 24 heures avant l'intervention).

Alcool

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients alcool-dépendants seraient éligibles, mais les professionnels de santé devraient être prêts à gérer les complications péri-opératoires ;
- les patients sous l'emprise de l'alcool le jour de l'intervention ne seraient pas éligibles ;
- les patients très intoxiqués ne seraient pas éligibles.

Autres substances illicites

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients sous ecstasy ou cocaïne nécessiteraient des précautions particulières ;
- les patients sous cannabis seraient éligibles ;
- les patients sous narcotique (héroïne) pourraient présenter des difficultés de gestion des douleurs postopératoires.

► **Position argumentée du groupe de travail**

Tabac

Le tabagisme en soi n'est pas un critère de sélection. C'est l'appréciation du retentissement respiratoire du tabac qui est le plus important. Les problèmes de cicatrisation liés au tabagisme ne dépendent pas du mode de prise en charge du patient. Il n'existe pas de conclusion possible concernant le délai à préconiser entre l'arrêt de tabac et l'intervention.

Alcool

Les patients alcoolo-dépendants posent des problèmes de gestion péri-opératoire. Il faut s'assurer de l'adhésion au projet thérapeutique de ces patients.

Il s'agit de patients de statut ASA III instable en général, non sevrés ou sous imprégnation aiguë. Pour les patients en intoxication aiguë le jour de l'intervention, la procédure doit être décalée.

Autres substances illicites

Les patients utilisateurs de substances illicites posent également des problèmes de gestion péri opératoire. Il est important de s'assurer de leur adhésion au projet thérapeutique et il convient de rester vigilant car il arrive que ces patients prennent des produits illicites juste avant l'intervention.

Une remarque a été faite sur les patients sous Subutex qui, bien que stables, peuvent poser des problèmes de gestion de la douleur. Ces situations ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Il est très important d'informer les patients des risques liés à la consommation des produits illicites 24 heures avant une anesthésie générale.

1.2.15 Spécificités liées à l'âge : critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en pédiatrie

► Synthèse de la littérature

Pédiatrie : critères généraux

Les critères généraux d'éligibilité des patients en pédiatrie suivants reposent sur des données de la littérature de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- l'âge n'est pas un facteur d'exclusion à condition d'avoir une équipe médicale expérimentée, les ressources appropriées et les locaux adaptés à la prise en charge pédiatrique ;
- la réduction de la séparation « enfant-parents » est bénéfique au cours de l'hospitalisation ambulatoire qui est à privilégier dès que les conditions de sa réalisation sont réunies, notamment le retour et la surveillance à domicile en toute sécurité.

D'autres critères ont été identifiés, mais le niveau de preuve peu élevé des données ne permet pas de retenir que :

- les patients en pédiatrie seraient éligibles uniquement si l'intervention n'est ni complexe, ni prolongée et réalisée chez un patient sans aucune comorbidité ou avec une légère comorbidité bien contrôlée ;
- en cas de comorbidités plus lourdes, les patients seraient éligibles si la pathologie est stable, l'intervention mineure et le risque de complications cardio-respiratoires minime.

Pédiatrie : âge minimum limite des enfants nés à terme et nés prématurément

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'âge minimum limite d'éligibilité des nourrissons nés à terme ou nés prématurément.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

Les critères chirurgicaux en pédiatrie reposent sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que les contre-indications d'ordre chirurgical sont les interventions à risque hémorragique et/ou réputées douloureuses ou nécessitant une surveillance postopératoire spécifique ou survenue d'une complication per- ou postopératoire.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Les critères anesthésiques en pédiatrie reposent sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que les contre-indications d'ordre anesthésique sont les affections graves et instables, les pathologies aiguës en cours et la survenue d'une complication per- ou post-anesthésique.

Pédiatrie : statut ASA

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients de statut ASA I ou II sont éligibles ;
- les patients de statut ASA III non équilibré et ASA IV ne sont pas éligibles.

L'éligibilité des patients en pédiatrie, de statut ASA III stable, repose sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que :

- après accord préalable avec l'anesthésiste et/ou le chirurgien, les patients ASA III stable avec ou sans traitement peuvent être inclus si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et/ou le traitement est négligeable.

Pédiatrie : en présence d'infections respiratoires hautes

Bien que l'incidence des infections respiratoires hautes soit élevée en pédiatrie, peu de données sur l'éligibilité de ces patients en chirurgie ambulatoire sont disponibles.

De plus, les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients seraient éligibles quatre semaines après la disparition des symptômes ;
- l'éligibilité dépendrait des facteurs de risques de complications respiratoires (notamment l'intubation endotrachéale, le tabagisme passif, la congestion nasale et la toux productive).

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients ne seraient pas éligibles en cas d'antécédents récents d'épisodes d'apnée, de troubles cardiaques ou respiratoires, d'antécédents familiaux de mort subite du nourrisson et des conditions sociales défavorables pour limiter les risques liés à l'apnée postopératoire.

► Position argumentée du groupe de travail

Pédiatrie : critères médicaux

Dans la littérature, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion. Toutefois, le pédiatre signale que l'Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADARPEF) et le Conseil national de chirurgie de l'enfant (CNCE) recommandent la non-éligibilité des nourrissons nés à terme âgés de moins de trois mois ainsi que ceux nés prématurés âgés de moins de 60 semaines post-conceptionnelles.

Notons que dans les recommandations de l'ADARPEF de 2008, la limite d'âge des enfants nés à terme était fixée à moins de six mois, mais les recommandations ont évolué depuis.

Les membres du groupe de travail considèrent que, sans remettre en cause ces recommandations, l'âge limite doit être fixé en fonction de la structure en tenant compte de l'expérience de l'anesthésiste, de sa spécialisation et de l'actualisation de ses connaissances.

Comme chez l'adulte, il n'est pas pertinent de fixer une durée maximale d'intervention, mais il faut que le délai de

surveillance nécessaire après l'intervention soit compatible avec les contraintes horaires de l'ambulatoire.

Par ailleurs, en cas de comorbidités lourdes, l'éligibilité dépend de la stabilité des pathologies, du caractère mineur de l'intervention et des risques minimes de problèmes cardio-respiratoires.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

Concernant le risque hémorragique, le groupe de travail a souhaité apporter une précision sur l'amygdalectomie. La Société française d'ORL (SFORL) a élaboré des recommandations en 2010 et précise que l'amygdalectomie réalisée en ambulatoire nécessite une surveillance de six heures après l'acte car l'hémorragie survient en général dans les six heures postopératoires.

Il est important de suivre ces recommandations en vigueur en programmant les interventions le matin, permettant ainsi la surveillance du patient pendant une durée appropriée.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de disposer au sein de la structure d'anesthésistes formés et spécialisés en pédiatrie avec des connaissances actualisées.

Pédiatrie : statut ASA

Les patients ASA I, II ou III stable sont éligibles. La variabilité inter-opérateur de l'estimation du score ASA existe comme chez l'adulte, mais il s'agit de la classification la plus utilisée actuellement.

Pédiatrie : infections respiratoires hautes

Compte tenu de la fréquence élevée des infections respiratoires hautes chez l'enfant, le processus organisationnel doit être en mesure d'anticiper ce risque dès la consultation préopératoire. L'appel de la veille est primordial pour s'assurer de l'absence de symptômes. Si l'enfant est symptomatique, l'intervention doit être décalée de trois semaines après la disparition des symptômes.

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur la non-éligibilité des enfants en cas d'antécédents récents d'épisodes d'apnée, de problèmes cardiaques ou de maladies respiratoires, des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson pour limiter les risques liés à l'apnée postopératoire.

1.2.16 Spécificités liées à l'âge : critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en gériatrie

► Synthèse de la littérature

Gériatrie : critères généraux

Les critères généraux d'éligibilité des patients âgés suivants reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office ;
- l'éligibilité des patients âgés dépend de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour chaque patient, de la prise en charge prévue et de l'organisation, notamment la permanence et la continuité des soins ;
- il s'agit d'évaluer l'âge physiologique et l'âge clinique ainsi que les antécédents et l'environnement du patient ;
- il est recommandé d'apporter une attention particulière à l'évaluation préopératoire du sujet âgé (antécédents, traitements, troubles cognitifs, entourage), et éventuellement de demander un avis gériatrique (notamment une évaluation gériatologique standardisée permettant l'évaluation globale de la personne âgée au plan médical, psychologique, social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi).

D'autres critères d'éligibilité ont été identifiés, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il ne devrait pas exister d'âge limite supérieur fixé de façon arbitraire ;
- l'analyse montre qu'il existe une divergence de données sur l'éligibilité des patients d'âges extrêmes.

Gériatrie : troubles cognitifs

Les données de la littérature sur la diminution du risque de troubles cognitifs chez les patients âgés pris en charge en chirurgie ambulatoire sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de faire des conclusions.

Gériatrie : autres comorbidités

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients âgés présentant d'autres comorbidités (diabète, atteinte cardiovasculaire ou respiratoire, obésité, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance rénale, cirrhose) sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

► Position argumentée du groupe de travail

Critères généraux

Le groupe de travail précise l'importance en gériatrie de la communication et de l'implication du médecin traitant.

Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un impact du mode de prise en charge ambulatoire sur les troubles cognitifs. Toutefois, les troubles cognitifs sont souvent préexistants et compensés par l'entourage et l'intervention ainsi que l'hospitalisation peuvent entraîner une déstabilisation. Il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes. Selon le groupe de travail, le plus important est donc de dépister les troubles cognitifs en amont.

Patients d'âges extrêmes

Il existe très peu d'études sur les patients très âgés. L'âge en soi n'est pas un facteur de risque, il faut tenir compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient. L'éligibilité est en fonction de l'environnement de la personne âgée.

1.2.17 Éléments particuliers à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire : risque d'accidents thromboemboliques veineux / nausées et vomissements postopératoires / douleur notamment postopératoire

► Synthèse de la littérature

Il est important de souligner que :

- ces éléments ne sont pas des critères de sélection d'un patient à la chirurgie ambulatoire ;
- les patients à risque doivent être bien évalués en préopératoire ;
- il est important de prévoir une stratégie prophylactique multimodale pour diminuer les risques postopératoires qui seraient considérés comme un échec de la prise en charge en ambulatoire.

Risque d'accidents thromboemboliques veineux

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie ;
- la prévention pharmacologique ne doit pas être systématique car le risque est variable selon les patients.

Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il est recommandé d'adopter une stratégie de prévention antiémétique multimodale chez les patients identifiés à haut risque de NVPO ;
- il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention dans le contexte ambulatoire, il faut tenir compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Prise en charge de la douleur

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire, y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation ;
- il est souhaitable de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur postopératoire ;
- il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (avec l'échelle EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient ;
- il est recommandé de prendre en charge efficacement et précocement la douleur postopératoire car elle peut favoriser la survenue d'une douleur postopératoire chronique ;
- les facteurs prédictifs de douleur postopératoire seraient la douleur préopératoire, la douleur postopératoire anticipée par le chirurgien, les attentes élevées préopératoires du patient, l'âge (surtout les enfants) et la peur des complications à court terme de l'intervention ;
- il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- le relais antalgique oral devrait être débuté avant la sortie du patient.

► Position argumentée du groupe de travail

Il ne s'agit pas de critères d'éligibilité mais d'éléments importants à apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée.

L'existence d'un antécédent n'est pas un facteur d'exclusion mais doit être pris en compte pour adapter la stratégie de prévention. Il a été rappelé qu'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë associée à l'anxiété aiguë du patient en postopératoire constituent des facteurs de risque des douleurs chroniques. La stratégie de prise en charge doit reposer sur les recommandations de bonne pratique.

Les anesthésistes précisent que le score simplifié d'APFEL est utile pour prédire les NVPO afin d'anticiper une stratégie thérapeutique. Il s'agit toutefois d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité.

1.3 Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux

Les critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux suivants, identifiés dans la littérature, ont été analysés. Il s'agit :

- des critères liés à l'information, à la compréhension et au consentement du patient ;
- de la place et du rôle de l'accompagnant ;
- des critères environnementaux : les distances d'éloignement et l'environnement domestique ;
- de la continuité des soins (soins de ville) ;
- des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux spécifiques à la prise en charge en pédiatrie et en gériatrie.

1.3.1 Information, compréhension, consentement (patients adultes, mineurs et majeurs sous tutelle)

► Synthèse de la littérature

Il est important de rappeler que selon l'article R. 4127-35 CSP, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». L'information du patient, sa compréhension et le recueil de son consentement sont indissociables.

Information

L'information du patient est obligatoire. De sa qualité dépend la compréhension du patient. Les données de la

littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- l'information donnée aux patients lors de la consultation préopératoire et réitérée à chaque étape de la prise en charge est primordiale pour réussir une prise en charge en chirurgie ambulatoire ;
- l'information doit être appropriée, orale et écrite (courte, lisible), élaborée et concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire notamment sur l'importance de respecter les consignes pré- et postopératoires (leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention ou nuire à la prise en charge), sur les soins post-anesthésiques et postopératoires, sur les signes qui feraient évoquer une complication postopératoire et la conduite à tenir, sur les conditions de sortie et les modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile.

D'autres éléments importants sur le plan pratique ont été identifiés, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- il est très important que le patient sente qu'aucune décision médicale le concernant n'est prise sans son avis ;
- l'information devrait être organisée de telle manière à ce qu'elle soit complète et compréhensible et devrait être disponible dans un format adapté pour les personnes malvoyantes ;
- il pourrait être nécessaire de fournir des brochures d'information dans un certain nombre de langues différentes pour répondre aux besoins de la population locale ;
- il est très important de rassurer les patients en leur expliquant pendant la visite préopératoire que l'hospitalisation traditionnelle est toujours une possibilité en cas de problème à la sortie (problème d'ordre médical, auquel cas les critères de sortie ne sont pas remplis, ou problème d'ordre social).

Compréhension

S'assurer de la compréhension du patient des informations qui lui ont été délivrées est obligatoire. Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- il est recommandé de s'assurer de la parfaite compréhension et acceptation des modalités de prise en charge par le patient ;

- les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue ;
- les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal ;
- les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.

D'autres éléments importants sur le plan pratique ont été identifiés, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir :

- qu'il serait conseillé d'éviter si possible la traduction par un membre de la famille ou par les amis, et surtout par un enfant. Il serait préférable d'avoir un traducteur indépendant car un manque d'objectivité dans l'interprétation de l'information par un membre de la famille est toujours possible. Les questions de confidentialité et d'impartialité doivent être mûrement réfléchies à l'avance.

Consentement

L'article L. 1111-4 CSP rappelle que « aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- la loi oblige les professionnels de santé à recueillir le consentement des patients, quelle que soit sa forme (expressément écrite ou verbale) ;
- la validité du consentement ne dépend pas de sa forme. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire ;
- cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin ;
- une confirmation du consentement sera demandée le jour de l'intervention ;
- le refus du patient est un critère de non-éligibilité. Il est important de rappeler que selon le Code de déontologie, le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire n'aura aucune conséquence sur la qualité de sa prise en charge médicale.

► Position argumentée du groupe de travail

Il a été rappelé que l'information, la compréhension et le recueil de consentement sont interdépendants.

Le groupe de travail souligne que l'information devait également changer de paradigme. Le patient doit être rassuré sur la gestion de la phase postopératoire et disposer des informations relatives à la continuité des soins et de la conduite à tenir en cas de survenue de complications le cas échéant. Les patients doivent être informés de la possibilité d'admission en hospitalisation conventionnelle si besoin.

L'information se doit d'être loyale, claire, lisible et appropriée. Elle est donnée lors de la consultation initiale et réitérée à chaque étape de la prise en charge. Elle doit être orale et écrite de préférence (courte, lisible). Elle repose sur une élaboration concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, et adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire (soins post-anesthésiques et postopératoires, conditions de sortie et modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile).

L'information doit être adaptée pour en faciliter la compréhension. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de recueillir son consentement.

Le groupe de travail adhère aux recommandations qui précisent que la décision doit être prise en colloque singulier avec le patient et avec les représentants légaux pour les mineurs et les majeurs sous tutelle. Ce processus de décision est obligatoire, d'où l'importance de la qualité de la communication. Il est très important que le patient sente qu'aucune décision médicale le concernant n'est prise sans son avis.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle

Ces catégories de patients sont éligibles à condition d'être accompagnés d'un de leurs parents ou d'un représentant légal et d'obtenir l'accord de ces derniers. En effet, il a été rappelé que pour les mineurs, l'accord des deux représentants légaux est obligatoire, ils ne sont toutefois pas tenus d'être présents. Les formulaires à remplir à l'admission du patient à l'hôpital devraient permettre de s'assurer de l'autorité parentale.

La recherche de consentement de l'enfant ou du patient majeur sous tutelle est obligatoire, après information appropriée et adaptée à leur niveau de compréhension. Un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une

compréhension insuffisante des parents ou des représentants légaux sont des critères d'exclusion au mode de prise en charge ambulatoire.

Patients atteints d'un trouble du jugement

Il a été rappelé que les patients atteints de trouble du jugement ne sont pas forcément sous tutelle, d'où l'importance du rôle de l'accompagnant.

Par ailleurs, il a été souligné que les patients psychotiques sont souvent isolés socialement, d'où l'importance de travailler en amont et en aval avec l'équipe psychiatrique.

Patients non francophones

D'après les données de la littérature, il est conseillé d'avoir recours à un traducteur professionnel hors membre de la famille pour les patients non francophones afin d'éviter un manque d'objectivité possible dans l'interprétation de l'information. Le groupe de travail souligne la difficulté de disposer d'un traducteur professionnel. Il rappelle également qu'il faut l'accord du patient dans ce cas, sinon il existe une violation du secret médical.

1.3.2 Accompagnant

► Synthèse de la littérature

Définition

Dans ce travail, le terme « accompagnant » désigne la ou les personnes de l'entourage du patient, sans distinction (famille, ami, voisin, aidant, personne de confiance, etc. ou un tiers désigné dans le cas des majeurs sous tutelle par exemple) qui l'accompagne(nt) tout au long de sa prise en charge.

En période préopératoire

Il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire. Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social.

À la sortie du patient

Les données de la littérature sur la présence d'un accompagnant à la sortie du patient sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir :

- qu'il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.

Dans le lieu de résidence postopératoire du patient

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur la présence d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention :

- d'une part, les données de la recommandation française et de deux guides anglais récents sont convergentes : la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire doit être évaluée en fonction du couple acte-patient, et doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place. La présence d'une personne de façon permanente dans les 24 heures après la sortie peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est relativement mineure et l'anesthésie très brève ;
- d'autre part, les données de trois recommandations et de quatre guides relevant d'avis d'experts sont convergentes : la présence d'un adulte responsable à la sortie et au domicile du patient la nuit suivant l'intervention est considérée comme un critère d'éligibilité standard à la chirurgie ambulatoire.

D'autres éléments ont été identifiés, mais sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- il est recommandé de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation complète en cas d'absence non prévue de l'accompagnant à la sortie pour le retour au lieu de résidence postopératoire ;
- la présence d'un accompagnant serait importante pour les catégories de patients suivantes : les patients fragiles ou âgés, les patients vivant avec une autre personne âgée, les patients atteints de trouble psychique ou ayant des difficultés à communiquer ou sourds/malentendants, les patients vivant seuls et socialement isolés (soins médicaux réalisés par les infirmiers de ville et soins non médicaux pris en charge par les différents systèmes d'aide).

► Position argumentée du groupe de travail

Lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, il est recommandé que le patient soit accompagné par un tiers et qu'il ne conduise pas de véhicule. Selon le groupe de travail, la présence de l'accompagnant au lieu de résidence postopératoire dépend du couple acte-patient. Il a été suggéré de mettre en place une liste des interventions qui nécessitent la présence permanente

d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention. Cette liste doit être adaptée localement et permet d'éviter les décisions au fil de l'eau. Il a été rappelé que si la présence permanente d'un accompagnant dans le lieu de résidence postopératoire la nuit suivant l'intervention est nécessaire, l'accompagnant doit être informé de son rôle. Les informations peuvent être délivrées soit en sa présence, soit par l'intermédiaire d'un document délivré au patient dès la consultation préopératoire et à sa sortie.

Il est important d'identifier en amont les patients ayant besoin de la présence d'un accompagnant, pour de multiples raisons (personnes fragiles, âgées, vivant avec une autre personne âgée, atteintes de troubles psychiques, ayant des difficultés à communiquer ou sourdes/malentendantes ou socialement isolées) pour anticiper les solutions alternatives dès l'évaluation initiale (aide d'une assistante sociale pour les besoins non médicaux, solution alternative de transport et/ou d'hébergement).

Enfin, l'avocate a précisé que l'accompagnant n'est pas forcément la personne de confiance telle que définie par la loi. En effet, la personne de confiance n'est pas investie d'un pouvoir de décision et n'a aucune responsabilité.

Spécificité en pédiatrie

En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Il a été rappelé que le retour à domicile en transports en commun n'est pas recommandé. Il existe plusieurs moyens de transports possibles (taxi, VSL au besoin) pour les patients qui ne disposent pas de véhicule particulier.

Spécificité en gériatrie

Le rôle particulièrement important de l'accompagnant pour les patients âgés a été souligné. Selon le gériatre et l'assistante sociale, les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social, de l'équipe mobile de gériatrie ou éventuellement les SSR.

Toutefois, la HAS rappelle que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et non pallier des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis en chirurgie ambulatoire¹².

12. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/rapport_outil_daide_a_la_decision_pour_ladmission_des_patients_en_soins_de_suite_et_de_readaptation.pdf

1.3.3 Les critères environnementaux : distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire et équipements au lieu de résidence postopératoire

► Synthèse de la littérature

Distance entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire

Les lieux de soins désignent l'unité de chirurgie ambulatoire et/ou le lieu de soins approprié situé à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient.

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur la distance d'éloignement entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire du patient. Par ailleurs, les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de conclure sur la pertinence de fixer une durée de trajet maximum entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire.

Équipements dans le lieu de résidence postopératoire

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que dans le lieu de résidence postopératoire du patient, il est recommandé d'avoir :

- un accès facile à un téléphone pour demander de l'aide d'urgence si besoin ;
- un minimum de confort adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte) pour permettre un rétablissement adéquat.
- L'élément suivant, pouvant être utile sur le plan pratique, a été identifié (données de niveau de preuve peu élevé) :
- l'hôtel-patient (ou hôtel hospitalier) pourrait être une solution alternative si les critères environnementaux ne sont pas remplis.

► Position argumentée du groupe de travail

Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire

Certaines catégories de patients sont concernées par l'éloignement et l'isolement géographique tels que les patients vivant en zones rurales (ex. : agriculteurs avec un ensemble de facteurs limitant tel que l'âge, l'isolement et l'éloignement géographique) ; les patients vivant dans les zones difficiles d'accès (déserts médicaux avec accessibilité difficile aux structures de soins, différences de densité en professionnels de santé d'une discipline donnée) ou les zones de précarité avec accès aux soins limités, etc.

Le groupe de travail estime que la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient. L'accès à un lieu de soins approprié à partir du lieu de résidence postopératoire dans les conditions normales de circulation (c'est-à-dire en dehors des conditions extrêmes de circulation, météorologiques ou autres) est l'élément majeur. Le patient doit obligatoirement avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Remarque :

Selon le groupe de travail, l'hôtel-patient (lieu d'hébergement, les soins postopératoires sont gérés par les patients et son accompagnant) peut être une alternative au domicile de manière à permettre aux patients d'être à une distance appropriée du lieu de soins. L'hôtel-patient reste à la charge des patients.

Équipements dans le lieu de résidence postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature qui souligne que l'accès à un téléphone est recommandé.

Par ailleurs, il a été souligné que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte, etc.) pour permettre un rétablissement adéquat est très difficile à apprécier. Il a été suggéré que lors de l'évaluation initiale et/ou lors de l'appel de la veille, les aspects relatifs à l'aménagement du domicile du patient sont à discuter (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité tient compte de cet environnement, l'anticipation des solutions alternatives est primordiale.

1.3.4 Continuité de soins (soins de ville)

► Synthèse de la littérature

Les données de la littérature suivantes sur la continuité de soins sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en postopératoire ;
- il est donc recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins).

Les autres éléments identifiés dans la littérature sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de les retenir.

Il est important de préciser qu'en France, l'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure (article D. 6124-304 du Code de la santé publique).

► Position argumentée du groupe de travail

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure.

Certains membres du groupe de travail ont indiqué que la gestion des suites postopératoires (exemple : ablation de sonde urinaire, de redon, de lame de drainage, la réalisation de pansements, etc.) peut être définie avec les professionnels de santé de ville. Toutefois, en cas d'impossibilité de réaliser à domicile des soins postopératoires ne justifiant pas d'hospitalisation, le chirurgien viscéral a précisé que la solution alternative à privilégier serait de demander un transport et non l'hébergement à l'hôpital.

Il a été souligné qu'en pédiatrie, il est particulièrement important de s'assurer de la continuité de soins, surtout en cas de problème la nuit.

Il a été rappelé que l'appel du lendemain est préconisé pour assurer le suivi du patient.

Le groupe de travail insiste sur le besoin de renforcer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Selon l'urologue et un anesthésiste, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant, ce d'autant que les interventions seront de plus en plus réalisées en ambulatoire et qu'elles pourront nécessiter un suivi par les professionnels de santé de ville.

Un anesthésiste souligne que la communication doit notamment être assurée en amont dès l'évaluation préopératoire et en aval avec le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre), les personnels paramédicaux exerçant en ville (IDE libéraux, kinésithérapeutes) et le pharmacien le cas échéant. La mise en œuvre, pour certains actes et patients, de collaboration ville-hôpital

constitue une vraie démarche qualité améliorant l'éligibilité et la sécurité du patient.

Une question a été soulevée concernant l'obligation ou non d'établir un contrat/partnership avec un établissement de santé à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient si ce lieu de résidence postopératoire est éloigné de la structure où l'intervention a été réalisée. Il est bien précisé dans l'article D. 6124-304 du décret du 20 août 2012 que l'obligation d'établir un partenariat concerne uniquement les structures ne pouvant pas assurer la continuité des soins. Tel est le cas des centres indépendants.

Toutefois, il a été rappelé que si le lieu de résidence postopératoire du patient se trouve très éloigné de l'établissement où l'intervention a été réalisée, il est obligatoire de donner aux patients toutes les informations lui permettant d'accéder à la continuité de soins (numéro de téléphone d'un médecin ou celui d'un établissement de santé approprié à proximité de son lieu de résidence postopératoire).

1.3.5 Spécificités liées à l'âge : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en pédiatrie

► Synthèse de la littérature

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux devant être évalués chez les patients adultes sont valables en pédiatrie.

Pédiatrie : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en général

Les critères retrouvés dans la littérature suivants reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes.

L'analyse permet de retenir que les critères de non-éligibilité en pédiatrie sont :

- une fiabilité insuffisante de l'environnement familial sur la surveillance, les observations des prescriptions et des recommandations postopératoires ;
- une durée et conditions du trajet de retour inappropriées ;
- des conditions de logement et d'hygiène inadaptées ;
- un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension douteuse des parents.

Le critère suivant a été identifié, mais le niveau de preuve peu élevé des données ne permet pas de le retenir :

- il est conseillé aux nourrissons avec des conditions sociales défavorables d'être admis en hospitalisation traditionnelle avec une surveillance étroite.

Pédiatrie : information, compréhension et consentement

Les critères retrouvés dans la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- le consentement de l'enfant doit être recherché par les moyens adaptés à son niveau de compréhension (explications, dessins, etc.) ;
- il est recommandé de s'assurer que les parents comprennent et acceptent le mode de prise en charge ambulatoire.

Pédiatrie : rôle de l'accompagnant

Les critères retrouvés dans la littérature suivants reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- à la sortie, si le trajet de retour se fait en voiture particulière, la présence de deux adultes (un pour conduire et l'autre pour surveiller l'enfant) est recommandée pour des raisons de sécurité routière si l'enfant a moins de 10 ans ;
- le retour à domicile en transports en commun n'est pas approprié.

Les autres données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Pédiatrie : distance et équipement dans le lieu de résidence postopératoire

Le critère retrouvé dans la littérature suivant repose sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que l'accès à un téléphone est recommandé.

L'élément suivant a été identifié, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- si le trajet entre le lieu de résidence postopératoire et les lieux de soins dure plus d'une heure, un arrangement doit être trouvé pour que l'enfant puisse rester à proximité jusqu'au lendemain. Il est conseillé de chercher une solution alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

► Position argumentée du groupe de travail

Tous les critères liés aux aspects psychologiques,

sociaux et environnementaux devant être évalués chez les patients adultes sont valables en pédiatrie.

Pédiatrie : information, compréhension et consentement

Les mineurs sont éligibles à condition d'être accompagnés d'un de leurs parents ou d'un représentant légal et d'obtenir l'accord de ces derniers. En effet, il a été rappelé que pour les mineurs, l'accord des deux représentants légaux est obligatoire, ils ne sont toutefois pas tenus d'être présents. Les formulaires à remplir à l'admission du patient à l'hôpital devraient permettre de s'assurer de l'autorité parentale.

La recherche de consentement de l'enfant est obligatoire, après information appropriée et adaptée à leur niveau de compréhension.

Un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension insuffisante des parents ou des représentants légaux sont des critères d'exclusion au mode de prise en charge ambulatoire.

Pédiatrie : rôle de l'accompagnant

En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Il a été rappelé que le retour à domicile en transports en commun n'est pas recommandé. Il existe plusieurs moyens de transports possibles (taxi, VSL au besoin) pour les patients qui ne disposent pas de véhicule particulier.

Pédiatrie : continuité de soins

Il a été souligné qu'en pédiatrie, il est particulièrement important de s'assurer de la continuité de soins, surtout en cas de problème la nuit.

1.3.6 Spécificités liées à l'âge : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en gériatrie

► Synthèse de la littérature

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux déjà évoqués précédemment sont valables lors de l'évaluation préopératoire d'un patient âgé.

L'information devrait être délivrée de manière adaptée, en tenant compte des difficultés d'audition et de

cognition et en s'appuyant sur l'accompagnant tout au long du parcours de soins, depuis la consultation jusqu'au retour à domicile.

En l'absence de données de niveau de preuve plus élevé, les données des revues narratives sont reprises, à titre descriptif :

- la situation sociale devrait être examinée plus attentivement : l'autonomie du patient, sa mobilité, la disponibilité et l'aide familial ou l'isolement social, le cas de certains couples âgés presque totalement interdépendants. Le niveau de vie, le moyen de transport et la disponibilité pour un suivi adéquat seraient également importants à évaluer en période préopératoire ;
- le rôle de la personne accompagnante revêt une importance fondamentale : la personne doit comprendre les consignes et poser les questions en rapport avec la situation individuelle de la personne âgée. Avant la sortie, les consignes postopératoires seront revues une dernière fois en présence de la personne accompagnante ;
- spécifiquement pour les personnes âgées, une organisation efficace des soins infirmiers à domicile pourrait faire partie intégrante du plan de soins. Ce plan devrait identifier et résoudre les problèmes de communication liés à l'âge, tout en intégrant des dispositions fondées sur l'état et le besoin en soutien psychologique et physique médicale du patient.

► Position argumentée du groupe de travail

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux déjà évoqués précédemment sont valables lors de l'évaluation préopératoire d'un patient âgé.

Gériatrie : information, compréhension et consentement

L'information doit être adaptée pour en faciliter la compréhension. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de recueillir son consentement.

Gériatrie : l'accompagnant

Le rôle particulièrement important de l'accompagnant pour les patients âgés a été souligné.

Selon certains membres du groupe de travail, les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social, de l'équipe mobile de gériatrie ou éventuellement des SSR.

Toutefois, la HAS rappelle que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et non pallier des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis en chirurgie ambulatoire.

1.4 État des lieux sur l'hébergement non hospitalier

► Précisions

La littérature analysée dans ce travail a permis d'identifier un certain nombre d'exigences sociales, liées notamment aux conditions d'hébergement et à l'environnement des patients qui pourraient ne pas être remplis pour permettre une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Ainsi, le besoin en hébergement non hospitalier est une question qui est soulevée en tant que solution alternative.

En conséquence, il est apparu important de présenter un état des lieux de ce qui existe en France et dans les autres pays en matière d'hébergement non hospitalier, en analysant les données des recommandations ou des guides de bonnes pratiques mais également les retours d'expériences et les études de cas identifiés.

Le but n'est pas d'évaluer ni de conclure à l'opportunité de mettre en place ce type d'hébergement, un travail d'évaluation spécifique sur le thème « hôtel-patient » est prévu à la HAS.

► Synthèse de la littérature

Le concept d'hébergement non hospitalier a émergé dans certains pays mais aussi en France comme une solution alternative pour permettre une prise en charge en ambulatoire de patients non éligibles sur le plan social et/ou environnemental.

Selon les données de la littérature, il existe deux sortes bien distinctes d'hébergement non hospitalier :

- l'hôtel-patient ou hôtel hospitalier qui est une structure ne fournissant qu'un hébergement et où aucun soin ne sera donné. Il peut s'agir d'un hôtel ou d'une structure privée dédiée. Il s'agit d'un hébergement totalement indépendant de l'hôpital et aucun soin n'y est assuré. Le traitement du patient relève de sa responsabilité ou de celle du parent ou de l'accompagnant ;

■ l'hôtel médicalisé ou hébergement de soins limités ou médihôtel qui est un autre modèle de structure de soins offrant un hébergement pour les patients ayant besoin d'une surveillance mais sans soins cliniques, les contraignant à rester sur place. Des surveillances y sont assurées mais pas des soins cliniques directs. Il s'agit d'une structure de soins moins coûteuse, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Le traitement du patient est de sa responsabilité ou de celle du parent ou de l'accompagnant.

► Position argumentée du groupe de travail

Dans la littérature, il est spécifié que l'hôtel-patient ou l'hôtel hospitalier semblerait être le mieux approprié pour les patients en chirurgie ambulatoire pour lesquels aucun soin médical nécessitant un environnement hospitalier n'est requis mais dont les critères liés aux aspects sociaux et environnementaux ne sont pas remplis.

Le groupe de travail a discuté de cette solution alternative, qui pourrait concerner des zones géographiques ou des catégories de patients particulières (exemple : certains patients âgés).

En effet, le problème d'hébergement en termes de distance dans les zones rurales n'est pas rare. L'hôtel-patient reste une solution alternative dans ces cas précis, toutes les autres conditions (médico-chirurgicales et sociales) étant remplies. Certains membres du groupe ont cité l'existence de ce type d'hébergement dans leur région (notamment à Grenoble).

Le groupe de travail a souligné que tout hôtel pourrait convenir s'il se trouve à proximité de l'hôpital, créer un hôtel patient n'est pas forcément utile.

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE, DE LA POSITION ARGUMENTÉE DES EXPERTS EN GROUPE DE TRAVAIL ET DE L'AVIS À LA SUITE DE LA RELECTURE PAR LES PARTIES PRENANTES

Pour rappel, ce travail s'inscrit dans le programme de travail sur la chirurgie ambulatoire dont la finalité est de favoriser le développement de ce mode de prise en charge. Son objectif est d'évaluer les éléments à considérer pour apprécier l'éligibilité d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté.

La chirurgie ambulatoire devenant la chirurgie de première intention, l'évaluation du patient repose sur la recherche des éléments qui motiveraient l'hospitalisation conventionnelle et sur la distinction du besoin en soin et en hébergement.

Le but est donc de fournir aux professionnels de santé les éléments-clés et les questions à soulever pour les aider à définir, une fois l'indication opératoire posée, les modalités de prise en charge chirurgicale.

La méthode d'évaluation utilisée par la HAS dans ce travail est fondée sur l'analyse critique des données de la littérature scientifique, le recueil de la position argumentée des professionnels dans un groupe de travail pluridisciplinaire ainsi que la relecture par les parties prenantes. Il ne s'agit pas d'un travail d'élaboration de recommandations de bonne pratique.

L'analyse des données de la littérature (de faible niveau de preuve en général), la position du groupe de travail et la relecture par les parties prenantes ont fait émerger plusieurs points importants.

Les données disponibles ont confirmé le principe d'éligibilité fondé sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. En effet, la décision de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire tient compte des facteurs liés au patient, à la réalisation de l'acte et à la structure.

Qu'il s'agisse des critères d'ordre médical, chirurgical ou anesthésique ou des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux, l'anticipation et l'organisation sont les mots d'ordre en chirurgie ambulatoire, garants d'une prise en charge de qualité et de la sécurité des soins.

Les données de la littérature et les professionnels de santé ont insisté sur la nécessité de prendre en compte le degré de maturité de l'établissement dans ce mode de

prise en charge en termes d'organisation, d'expérience des équipes et des moyens développés en fonction de la prévisibilité des complications de l'intervention.

L'évaluation préopératoire précoce constitue la période clé. Elle permet d'évaluer l'état clinique du patient, de recueillir toutes les informations nécessaires le concernant et d'anticiper la gestion et le suivi postopératoire afin de préparer sa sortie. L'échange d'informations, notamment avec les professionnels de santé de ville ou les unités spécialisées qui suivent le patient dès cette phase d'amont, est un élément important.

Cette phase est fondamentale pour délivrer des informations claires, loyales, appropriées et adaptées (notamment aux mineurs, aux majeurs sous tutelle, aux patients non francophones et aux patients atteints de trouble de jugement) sur ce mode de prise en charge. En effet, de la qualité des informations dépendent la compréhension du patient et de son entourage, et leur compliance aux consignes pré- et postopératoires. Les informations délivrées lors de la consultation préopératoire permettent au patient et/ou son représentant légal de participer à la décision de choisir ce mode de prise en charge et permettent de le rassurer ainsi que son accompagnant quant à la gestion de la période postopératoire dans leur lieu de résidence. Les informations devraient être protocolisées et mises sur un support facilitant la compréhension du patient et de son entourage. Le refus est un critère de non-éligibilité.

La sélection des patients doit être facilitée par un protocole local et adapté à chaque structure avec une liste évolutive des critères de sélection et d'inéligibilité établie localement.

Pour les critères liés à l'acte, il est important de souligner que la prise en charge en ambulatoire concerne la réalisation d'intervention chirurgicale sous anesthésie de mode variable. Ainsi, l'ensemble des agents anesthésiques ainsi qu'une combinaison de techniques peuvent être utilisés, aucune stratégie anesthésique spécifique n'est recommandée. Le choix de la technique se fait en fonction de l'évaluation du couple acte-patient et de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient, au cas par cas en tenant compte des données cliniques, des interactions médicamenteuses, etc.

Les risques liés à l'intervention chirurgicale doivent être connus et limités, notamment les risques minimes de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate. Les douleurs postopératoires doivent être contrôlables, la prise alimentaire solide et liquide par voie orale doit pouvoir se faire rapidement et les soins postopératoires doivent être gérables par le patient et son entourage, ou éventuellement avec le soutien d'un réseau de soins à domicile.

Bien qu'une durée de l'intervention de plus d'une heure, et a fortiori de plus de trois heures soit considérée dans la littérature comme pouvant être un élément prédictif des admissions non programmées, les professionnels de santé estiment qu'il ne s'agit pas d'un critère d'éligibilité mais d'un élément important à prendre en compte de façon à ce que la durée de l'intervention soit compatible avec la sortie du patient le jour de son intervention. Il s'agit donc d'une question de programmation de l'intervention afin de garantir que le temps de surveillance postopératoire sera suffisant avant la sortie du patient. La bilatéralité est un critère non cité dans la littérature mais selon les professionnels de santé, son appréciation est importante à prendre en considération en termes d'anesthésie, d'autonomie et de capacité fonctionnelle du patient.

L'évaluation des critères liés au patient comprend aussi bien son profil à risque médical, ses comorbidités et traitements en cours que son environnement psychosocial.

Le partage d'informations avec le médecin traitant ou les équipes qui prennent en charge le patient le cas échéant est indispensable d'une part pour avoir une bonne connaissance de situations médicales particulières mais également pour ajuster la gestion péri- et postopératoire.

Concernant les différentes comorbidités, la stabilité de l'état clinique constitue l'argument décisionnel majeur. L'intervention étant programmée, cette condition n'est en général pas un élément bloquant.

La gestion de la plupart des traitements courants du patient ne justifie pas une hospitalisation conventionnelle. Ils sont généralement pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire. Néanmoins, une adaptation péri-opératoire ou une gestion spécifique notamment pour les antidiabétiques oraux et insuline,

ainsi que pour les anti-thrombotiques peut être nécessaire. Cette gestion peut être anticipée et planifiée lors de la consultation initiale.

Le référentiel élaboré par la SFAR sur la gestion péri-opératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux, bien que non spécifique à la chirurgie ambulatoire, pourrait être utilisé.

Les situations pour lesquelles existe une consommation de substances illicites, d'alcool ou de médicaments détournés doivent être identifiées car elles posent, selon les professionnels de santé, des problèmes de gestion péri-opératoire. Il est important d'évaluer les risques de problèmes d'adhésion au projet thérapeutique et de bien définir la gestion péri-opératoire. Les patients doivent être bien informés des risques liés à la consommation des substances illicites 24 heures avant une anesthésie générale. La procédure doit être décalée notamment pour les patients en intoxication aiguë le jour de l'intervention. En ce qui concerne l'exposition au tabac, il existe une divergence des données de la littérature concernant le délai à préconiser entre l'arrêt de tabac et le jour de l'intervention. Pour les professionnels de santé, l'appréciation du retentissement du tabac est le plus important à évaluer.

Trois éléments particuliers sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire : le risque d'accidents thromboemboliques veineux, de nausées et vomissements postopératoires et de douleur notamment postopératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée. Les patients à risque doivent être bien évalués en préopératoire, l'existence d'un antécédent n'est pas un facteur d'exclusion mais doit être prise en compte pour adapter la stratégie de prévention. Quelques spécificités liées à l'âge (pédiatrie et gériatrie) ont été mises en évidence.

L'âge n'est pas un facteur d'exclusion à condition d'avoir une équipe médicale expérimentée, les ressources appropriées et les locaux adaptés à la prise en charge pédiatrique. L'hospitalisation ambulatoire est à privilégier en pédiatrie dès que les conditions de sa réalisation sont réunies, notamment le retour et la surveillance à domicile en toute sécurité. Des recommandations françaises

existent quant à l'âge minimum d'éligibilité des nourrissons, mais les professionnels de santé considèrent que l'âge limite doit être fixé en fonction de la structure en tenant compte de l'expérience de l'anesthésiste, de sa spécialisation et de l'actualisation de ses connaissances.

De même, les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office. En gériatrie, le plus important est d'évaluer l'âge physiologique et l'âge clinique ainsi que les antécédents et l'environnement du patient. Peu d'études sont toutefois disponibles sur les patients d'âges extrêmes (> 85 ans). Le patient gériatrique avec la fréquence de la polypathologie justifie une approche globale et continue, reposant sur la gestion des comorbidités et celle de la « complexité » des aspects à la fois médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux. L'évaluation gérontologique standardisée (EGS) pourrait être utile dans certains cas car elle permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions et permet ainsi l'évaluation globale de la personne âgée et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi. Les troubles cognitifs sont souvent préexistants et compensés par l'entourage, et l'intervention ainsi que l'hospitalisation peuvent entraîner une déstabilisation. Il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes. Il est donc important de dépister les troubles cognitifs en amont. L'information devrait être délivrée de manière adaptée, en tenant compte des difficultés d'audition et de cognition et en s'appuyant sur l'accompagnant tout au long du parcours de soins, depuis la consultation jusqu'au retour à domicile.

En ce qui concerne les critères sociaux, l'accompagnement du patient par un tiers lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire est un principe unanimement retenu. Il est de plus recommandé que le patient ne conduise pas de véhicule. En pédiatrie spécifiquement, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie d'un enfant de moins de 10 ans pris en charge en chirurgie ambulatoire, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Par ailleurs, les données de la littérature n'ont pas permis de faire une conclusion concernant le besoin d'une présence de façon permanente de l'accompagnant au lieu de résidence du patient dans les premières 24 heures postopératoires. Selon les professionnels de

santé, cette exigence dépend du couple acte-patient. Il a été suggéré de mettre en place une liste des interventions qui nécessitent la présence permanente d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention. Cette liste doit être adaptée localement et permet d'éviter les décisions au fil de l'eau. Bien entendu, si sa présence s'avère indispensable, l'accompagnant doit être informé de son rôle. Le terme « accompagnant » désigne la ou les personnes de l'entourage du patient, sans distinction, qui accompagne(nt) le patient tout au long de sa prise en charge et il est important de préciser que l'accompagnant n'est pas obligatoirement la personne de confiance telle que définie par la loi. Spécifiquement en gériatrie, le rôle particulièrement important de l'accompagnant a été souligné. Les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social et/ou de l'équipe mobile de gériatrie.

Il n'existe aucune donnée d'évidence pour empêcher les longs trajets immédiatement après une chirurgie ambulatoire. Les professionnels de santé estiment que la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient. L'accès à un lieu de soins approprié à partir du lieu de résidence postopératoire dans les conditions normales de circulation (c'est-à-dire en dehors des conditions extrêmes de circulation, météorologiques ou autres) est l'élément majeur. Le patient doit obligatoirement avoir reçu toutes les informations nécessaires.

L'accès à un téléphone est recommandé dans le lieu de résidence postopératoire du patient pour lui permettre de demander de l'aide d'urgence si besoin. Par ailleurs, selon les données de la littérature, un minimum de confort adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte) est recommandé pour permettre un rétablissement adéquat. Les professionnels de santé soulignent que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires est très difficile à apprécier. Il a été suggéré que lors de l'évaluation initiale et/ou lors de l'appel de la veille, les aspects relatifs à l'aménagement du domicile du patient soient discutés (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité tient compte de cet environnement. L'anticipation des solutions alternatives est primordiale.

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure.

Comme précisé précédemment, le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en postopératoire. Les professionnels de santé insistent sur le besoin de renforcer ce lien. Ainsi, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant. Plusieurs pistes ont été évoquées par les professionnels de santé pour assurer le suivi du patient, notamment l'appel du lendemain, l'utilisation d'autres moyens de communications (Internet, télémedecine) et même une visite par les professionnels de santé de ville dans certains cas (médecin traitant, IDE libéraux, kinésithérapeute, etc.). Il est proposé également de s'appuyer sur le tissu des infirmières libérales qui auraient un maillage territorial très serré et qui assureraient une continuité de soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Par ailleurs, il est important de préciser que selon l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique, dans le cas où la structure de chirurgie ambulatoire ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé.

Enfin, selon les données de la littérature, l'hôtel-patient pourrait éventuellement être une solution alternative quand des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux ne sont pas remplis. Selon les professionnels de santé, tout hôtel pourrait convenir s'il se trouve à proximité de l'hôpital.

L'analyse a montré le faible niveau de preuve des données de la littérature même si les documents sont convergents sur plusieurs critères. Par ailleurs, la position des professionnels dans un groupe de travail pluridisciplinaire et l'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes de ces données issues de la littérature reflètent la pratique française. Force est de constater que les éléments pour apprécier l'éligibilité des patients dans les autres pays ne diffèrent pas de ceux utilisés en France actuellement à l'exception de quelques réglementations françaises spécifiques.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

► Conclusion

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but n'est pas d'élaborer des recommandations de bonne pratique, mais de fournir aux professionnels de santé les éléments-clés et les questions à soulever pour les aider à définir les modalités de prise en charge.

La chirurgie ambulatoire doit être en effet approchée comme une chirurgie de première intention, il est important lors de l'évaluation du patient que les professionnels

de santé s'interrogent sur ce qui motive l'hospitalisation conventionnelle et non sur ce qui motive la prise en charge ambulatoire.

L'analyse des données de la littérature, de niveau de preuve peu élevé mais convergentes sur plusieurs critères, la position argumentée du groupe de travail et la relecture par les parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers) ont permis de constater que les éléments pour apprécier l'éligibilité des patients dans les autres pays ne diffèrent pas de ceux utilisés en France actuellement à l'exception de quelques réglementations françaises spécifiques.

Points clés

- L'organisation de la chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs et réglementaires. Toutefois, il n'existe pas de disposition spécifique portant notamment sur la responsabilité des médecins, le secret professionnel, le consentement ou sur l'accompagnant. Les règles de droit commun s'appliquent. Les règles applicables sont les mêmes qu'en hospitalisation complète.
- L'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépend de l'évaluation préopératoire précoce faite par un anesthésiste et un chirurgien.
- L'approche au cas par cas doit tenir compte du triptyque structure-acte-patient.
- La décision est basée sur l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient.
- En présence de comorbidités, la stabilité de l'état clinique du patient constitue l'argument décisionnel majeur. Il est important de bien s'assurer que le patient ait une bonne compréhension de sa pathologie et de la gestion de ses traitements habituels.
- Une information claire et adaptée à chaque patient (et particulièrement adaptée aux patients non francophones, aux mineurs, aux majeurs sous tutelle, aux patients atteints de trouble de jugement) est obligatoire.
- De la qualité de cette information dépendent la compréhension du patient et de son entourage de ce mode de prise en charge, et leur compliance aux consignes pré- et postopératoires.
- Le patient participe à la prise de décision qui se fait en colloque singulier avec lui et/ou son représentant légal.
- Le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire est un critère de non éligibilité sans que cela ait une conséquence sur sa prise en charge médicale.
- Il est impératif d'anticiper dès la consultation préopératoire la sortie du patient aussi bien au point de vue médical qu'en matière d'hébergement postopératoire.
- L'échange d'informations, notamment avec les professionnels de santé de ville ou les unités spécialisées qui suivent le patient, est un élément important aussi bien en amont qu'en aval de l'intervention.
- Les mots d'ordre en matière de chirurgie ambulatoire sont l'anticipation et l'organisation qui sont les garants d'une prise en charge de qualité sans exposer le patient à des risques prévisibles.
- Le plus important est de rechercher les éléments qui motiveraient une prise en charge en hospitalisation conventionnelle et non ce qui motive la prise en charge en ambulatoire.



► Perspectives

Quelques points ont été évoqués notamment par les parties prenantes.

Le rôle important des professionnels de santé de ville (notamment médecins, infirmiers, kinésithérapeute de ville) questionne sur leur besoin en formation des spécificités liées à la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Selon le Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR), le relais hôpital-ville peut s'envisager sous plusieurs formes. La télémédecine pourrait être une des pistes à explorer.

L'autre solution serait l'implication des réseaux de soins infirmiers à domicile. Ainsi, selon la Fédération nationale des infirmiers (FNI), il serait opportun de s'appuyer sur le tissu des infirmières libérales qui ont un maillage territorial très serré et qui assurent une continuité de soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

PARTICIPANTS

► Les sociétés savantes et associations

professionnelles suivantes ont été sollicitées :

- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) ;
- Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) ;
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive (CFCGVD) ;
- Fédération de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (FSCMF) ;
- Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale ;
- Association française d'urologie (AFU) ;
- Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP) ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SFCOT) ;
- Collège français de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (CFCTCV) ;
- Société française de chirurgie pédiatrique (SFCP) ;
- Académie d'ophtalmologie ;
- Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP) ;
- Collège de neurochirurgie ;
- Collège de la médecine générale ;
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) ;
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI) ;
- Société française d'évaluation et de recherche en soins infirmiers de bloc opératoire ;
- Commission des infirmiers anesthésistes de la SFAR ;
- Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- Union nationale des réseaux de santé (UNRS) ;
- Association nationale des assistants de service social (ANAS) ;
- Association de patients : Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- Association d'usagers : UFC Que Choisir ;
- Juristes : SHAM et MACSF / Le sou médical.

► Groupe de travail

- Dr Francis ABIHANNA, gynécologie-obstétrique, CH Saint-Julien-en-Genevois et Archamps (74).
- Dr Jérôme BEAUJARD, médecine générale, La-Fare-les-Oliviers (13).
- Mme Nicole BILLAST, représentant des patients, Paris (75).

- Dr Michel COQUET, chirurgie infantile, Marseille (13).
- Mme Corinne DAVER, avocat, Neuilly-sur-Seine (92).
- Dr Patrice DETERME, chirurgie orthopédique, Toulouse (31).
- Pr Jean-Luc FAUCHERON, chirurgie générale et digestive, Grenoble (38).
- Dr Jean-Philippe FENDLER, urologie, Lyon (69).
- Mme Myriam GAGNARD, soins infirmiers, Hyères (83).
- Mme Marie KUMAR, assistante sociale, Gonesse (95).
- Dr Hubert LE HETET, anesthésie-réanimation, Cesson-Sévigné (35).
- Mme Véronique LUCAS-GABRIELLI, géographie de la santé, Paris (75).
- Dr Roland MARDUEL, ophtalmologie, Le Chesnay (78).
- Dr Catherine NOWAK, ORL, Le Kremlin-Bicêtre (94).
- Dr Jean-Marc PAULY, médecine générale et gériatrie, Rodemack (57).
- Dr Nathalie VIALLES, anesthésie-réanimation, Nîmes (30).

► Groupe de lecture

- Académie nationale de chirurgie.
- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS).
- Collège de la médecine générale.
- Conseil national professionnel de gériatrie.
- Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR).
- Fédération nationale des infirmiers (FNI).
- Union fédérale des consommateurs (UFC) Que Choisir.

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Méthode de travail	Rapport d'évaluation technologique.
Date de mise en ligne	Juin 2014 (date de mise en ligne sur le site de la HAS).
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique sur www.has-sante.fr .
Objectif(s)	Évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté.
Demandeur	DGOS.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), Service évaluation des actes professionnels (SEAP).
Pilotage du projet	Coordination : Chantal ANDRIAMANGA, chef de projet, SEAP (chef de service : Michèle MORIN-SURROCA). Secrétariat : Suzie DALOUR, assistante, SEAP.
Participants	Expertise externe à la HAS : Dr Francis ABIHANNA, Dr Jérôme BEAUJARD, Mme Nicole BILLAST, Dr Michel COQUET, Mme Corinne DAVER, Dr Patrice DETERME, Pr Jean-Luc FAUCHERON, Dr Jean-Philippe FENDLER, Mme Myriam GAGNARD, Mme Marie KUMAR, Dr Hubert LE HETET, Mme Véronique LUCAS-GABRIELLI, Dr Roland MARDUJEL, Dr Catherine NOWAK, Dr Jean-Marc PAULY, Dr Nathalie VIALLES.
Recherche documentaire	Recherche bibliographique réalisée sur la période de 1990 à avril 2013. Réalisée par Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Yasmine LOMBRY et Maud LEFEVRE, assistantes documentalistes, sous la responsabilité de Frédérique PAGÈS, chef du Service documentation – information des publics, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service.
Auteurs de l'argumentaire	Chantal ANDRIAMANGA, chef de projet, SEAP, sous la responsabilité de Michèle MORIN-SURROCA, chef de service, SEAP. Le service de la mission juridique de la HAS sous la responsabilité de Christine VINCENT, chef de service.
Validation	Examen par la Commission d'évaluation économique et santé publique (CEESP) : avril 2014. Collège de la HAS : mai 2014.
Autres formats	Pas d'autre format que le format électronique disponible sur : www.has-sante.fr .
Documents d'accompagnement	Rapport d'évaluation et décision HAS (mai 2014) disponibles sur : www.has-sante.fr .



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Mai 2014