



**Retours d'expérience en chirurgie
ambulatoire**

**Évolution des pratiques
d'anesthésie et de chirurgie sur
l'utilisation des produits de santé**

*Dr E. Leleu – Anesthésiste réanimateur Polyclinique Blois
Dr K. Kraft – Chirurgie viscérale CH Blois*

14^{ème} journée plénière de l'OMÉDIT Centre - 17 décembre 2015



- Dr Eric LELEU. Anesthésiste à la Polyclinique de Blois.
- Dr Kevin KRAFT. Chirurgien viscéral et digestif au CH de Blois.
- Pas de conflit d'intérêt à déclarer.





DÉFINITION:

" Actes chirurgicaux et/ou d'investigation programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité du bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, et suivis d'une surveillance post-opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission."

En France: Hospitalisation inférieure à 12 heures (sans nuit).

Dans les pays anglo-saxons: deux concepts : « day surgery » et "one day surgery" (= Hospit inférieure à 23 heures).

À différencier des actes de consultation externe.



C'est donc la même chirurgie!

C'est simplement une alternative à l'hospitalisation
« conventionnelle ».

**« *Ce n'est pas l'acte qui est en ambulatoire,
c'est le patient* »**

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A TOUJOURS EXISTÉ

Chirurgien ambulat.



17/1.

Ambroise Paré



5



QUELQUES DONNÉES HISTORIQUES

Premières expériences cliniques

- 1909 James Nicoll (UK) : 9000 enfants
- 1955 Farquharson (UK) : 482 hernies inguinales
- 1968 Premier centre de chir ambu indépendant (USA)
- 1981 One Day Surgical Center (Bruxelles)

Sociétés savantes

- 1984 Society for Ambulatory Anesthesia (USA)
- 1984 Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)
- 1995 International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)



LA FRANCE EST EN RETARD !!!!!!!

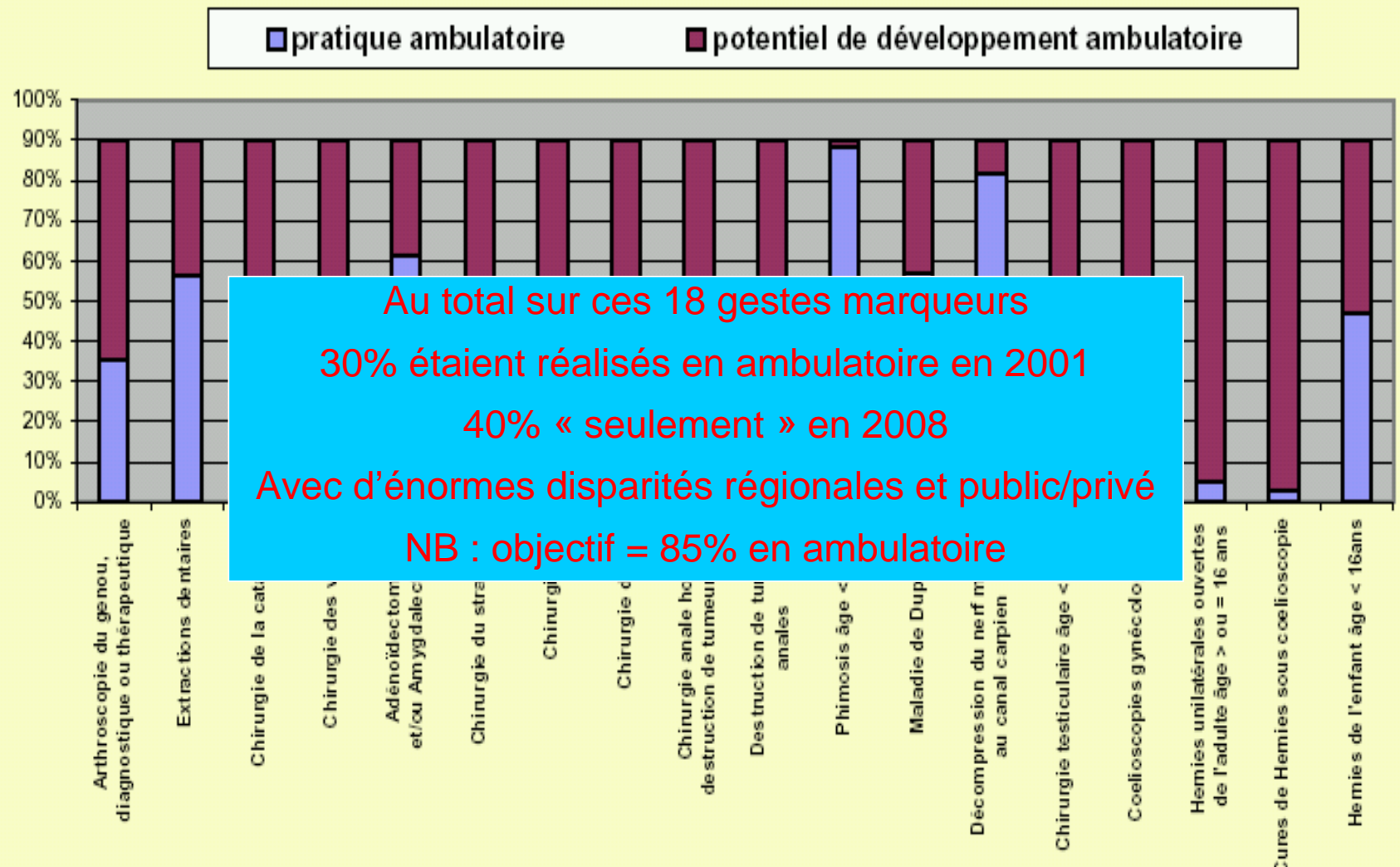
Rapport de la Cour des comptes Sécurité sociale 2013.

Enquête IAAS 2009 : % chirurgie ambulatoire/chirurgie totale.

- Danemark: 74 %
- Suède: 69%
- Pays-Bas: 53%
- Royaume Uni: 53%
- Norvège: 50%
- Allemagne: 43%
- **FRANCE: 36 %**

Important potentiel de développement ambulatoire (18 GM → 850 000 actes)

pratiques ambulatoires des 18 gestes marqueurs en 2004
et potentiel de développement





MAIS ON PROGRESSE... RAPIDEMENT ???

Pourcentage chirurgie ambulatoire/chirurgie totale:

- 2007: 32 %
- 2008: 33,6 %
- 2010: 37,8%
- 2011: 39,5%
- 2012: 40,8% (31% en secteur hospitalier, 49% en secteur privé)
- 2014: 44,9 %

Et objectif ministériel : + 50% en 2016..... vers 65% en 2020



POLYCLINIQUE DE BLOIS

	2011	2012	2013	2014	11 mois 2015
Ambulatoire/ Total	55%	60%	64%	65%	66%
Ambulatoire hors Endoscopie digestive/ Total	42%	51%	55%	55%	56%





	Taux CA CHB			Taux CA brut Région		
	Séjours	Séjours 0 jour	Tx CA brut	Région Globale	Région Public	Région Privé
2010	6 144	2 661	43,3%	42,5%	35,8%	47,2%
2011	6 252	2 755	44,1%	44,5%	37,2%	49,6%
2012	6 582	3 007	45,7%	45,7%	38,6%	50,6%
2013	7 029	3 404	48,4%	47,4%	40,1%	52,7%
2014	7 070	3 430	48,5%	48,8%	41,4%	54,1%
M10 2015	5 589	2 598	46,5%			



PERSPECTIVES, ... MAIS CONTRADICTIONS

- 80% des actes de chirurgie = séjour \leq 2 jours
- Amélioration techniques chirurgicales et anesthésiques
→ suites opératoires + simples
 - Moins de douleurs postopératoires
 - Reprise transit & alimentation précoce
 - Impact positif psychologique du mini invasif
- Extension indications → Conditions d'application !!!
- Problème du « système français » → frein majeur au développement
 - Mentalité médecins/patients → « sécurité de l'hospitalisation »
 - Tradition de l'hospitalisation conventionnelle
 - Pb organisationnels → ambulatoire = contraintes
- Csq = politiques incitatives → mise sous accord préalable pour gestes marqueurs



POURQUOI LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Pour le patient :

- Diminution du risque d'infection nosocomial (5 à 6 fois moins)
- Diminution des complications thrombo-emboliques
- SATISFACTION (pour lui, son entourage et...les soignants)

Pour la société:

- Gain d'efficacité et diminution des coûts.
- En 1999, la CPAM avait mis en avance 18 gestes « marqueurs »
→ 38 en 2012
- En 2015, environ 300 items de la classification CCAM



QUEL TYPE DE CHIRURGIE ?

Aujourd'hui pas de cadre contraignant:

- ➔ Triptyque Acte-Patient-Structure
- ➔ Exigence de qualité = personnel dédié, et surtout formé !!!

CRITÈRES DE SÉLECTION : ACTES

Actes

- Programmés (place des urgences ?)
- Durée courte (norme < 1h30) et technique maîtrisée
- Faibles risques (surtout respiratoire, thrombo-embolique et hémorragique) → ttt anticoagulant ?
- Suites opératoires simples (maîtrise handicap, douleur, NVPO)
- Réalisés au sein d'une structure de soins adaptée

Pas de liste exhaustive d'actes éligibles (IAAS)
«Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le couple acte – patient »



K.Kraft, JM.Balon, R.Douard, S.Fabre,
A.Guidat, N.Huten, H.Johanet,
A.Laurent, F.Muscari, P.Pessaux,
JP.Piermé, G.Piessen, M.Raucoules-
Aimé, A.Rault, C.Vons

Coordination : C.Mariette – A.Sauvanet

Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte

Recommandations de la Société Française
de Chirurgie Digestive (SFCD) et de l'Association
de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation (ACHBT)

CRITÈRES DE SÉLECTION : PATIENTS

6 critères sociaux

- Compréhension suffisante (acte, consignes)
- Bonne observance des prescriptions médicales
- Conditions d'hygiène et de logement équivalentes
- Accompagnant pour retour et 1^{ère} nuit
- Habitat <1 h structure de soins adaptée à l'acte
- Accès rapide à un téléphone

2 critères médicaux

- Âge > 6 mois
- Co-morbidités du patients : stade ASA I et II +/- III (stabilisé)

CRITÈRES DE SÉLECTION : STRUCTURES DE SOINS

- Foraine : non réglementaire : locaux d'accueil / séjour / bloc opératoire communs
- **Intégrée : locaux d'accueil / séjour dédiés, bloc opératoire commun**
- **Autonome : locaux d'accueil / séjour / bloc opératoire dédiés**
- Satellite : structure autonome dans le périmètre d'un établissement de santé avec hébergement
- Indépendante : structure autonome située hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement (6 en France vs 3000 aux USA)



ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN CHIRURGIE

Même geste de chirurgie → c'est la modalité d'hospit qui change

Mais développement du mini-invasif (coelio, arthro...)

→ coût matériel ↑↑↑ : la chirurgie coûte de plus en plus cher

Ce sont surtout les habitudes de prise en charge qui changent

- Consultation pré-opératoire = tout expliquer, tout anticiper (ordonnances, moyens antalgiques)
- Le jour J : contrôle pré-op, geste chirurgical, consultation post-op
- Sortie autorisée si : examen OK, score de Chung OK
- Disponibilité accrue vis à vis du « droit de recours » : appel du lendemain...



L'ANESTHÉSIE

Elle répond aux mêmes normes qu'en hospitalisation classique (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994.)

Rôle ESSENTIEL de la Consultation Pré Anesthésie (CPA)

Va confirmer le processus « ambulatoire » en fonction de :

- L'acte : durée, risque hémorragique, douleurs...
- Le patient : son état de santé (classification ASA), ses comorbidités, son environnement, sa compréhension...
- La structure : horaires et planning opératoire



LA CLASSIFICATION ASA

ASA 1 : patient normal en bonne santé

ASA 2 : patient atteint d'une affection systémique légère

ASA 3 : patient atteint d'une affection systémique grave qui limite son activité mais sans entraîner d'incapacité

ASA 4 : patient atteint d'une affection systémique invalidante et mettant constamment sa vie en danger

ASA 5 : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures avec ou sans intervention

(cas particuliers : obésité, BPCO, SAOS...)



À L'ISSUE DE LA CPA

- CHOIX DE LA TECHNIQUE ANESTHÉSIQUE :

Soit anesthésie générale.

Soit anesthésie loco-régionale : doit être privilégiée quand c'est possible.

- INFORMATION et COMPRÉHENSION :

Elle sont essentielles et conditionnent le bon déroulement de la procédure.

- PREMEDICATION ? : A éviter, sinon choix judicieux.



LES INCIDENCES SUR L'ANESTHÉSIE

En anesthésie loco régionale :

(Blocs tronculaires des membres, rachianesthésie, topiques....)

Matériel spécifique de plus en plus performant (et coûteux)

Aide par neurostimulation et/ou échoguidage.

Pour la rachianesthésie : CHLOROTEKAL (chloroprocaïne)
AMM pour l'ambulatoire.

Technique la plus sécurisante pour l'ambulatoire.

LES INCIDENCES SUR L'ANESTHÉSIE

En anesthésie générale :

Éviter la prémédication.

Privilégier les produits à demi-vie courtes : Propofol, Alfentanyl, Remifentanyl, Halogénés... Administration AIVOC

Prévenir les NVPO : Sétrons, Dropéridol, Dexaméthasone (quasi systématique). Aide par le score d'APFEL.

Privilégier les blocs et infiltrations pour l'analgésie post opératoire.

Éviter ou limiter la morphine.

Les ordonnances antalgiques sont délivrées AVANT l'hospitalisation.

APRÈS L'INTERVENTION

Passage en SSPI : comme pour la chirurgie classique.
(notion de fast-tracking pour les gestes courts).

Sortie de l'établissement validée par le chirurgien et/ou
l'anesthésiste.

Pas de délai obligatoire à respecter, il existe des score
d'aptitude à la rue (type CHUNG).

Remise des documents informatifs (numéro d'appel ++) et
ordonnances (si non fait avant).

Vérifier l'accompagnement.

L'appel du lendemain : non obligatoire mais capital (il
rassure....tout le monde).



LES ÉCHECS

Soit par absence de sortie, soit par retour.

Les causes les plus fréquentes:

- Nausées, vomissements,
- Douleurs,
- Saignements,
- Rétention d'urine,
- Acte plus long que prévu, retard de réveil,
- Passage tardif....



ET DANS LA VRAIE VIE

Problèmes quotidiens

- L'allergie au latex : à passer en premier!
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) : attention si AG !
- Les enfants et les accompagnants. Amygdalectomie ???
- Quid des urgences ?
- Élaboration du planning = casse tête (ordre de passage, heure d'intervention, horaires d'ouverture du service...)
- Gestion des changements...

ANESTHÉSIE ET AMBULATOIRE

« Sont deux mots qui vont très bien ensemble... »

À condition :

- d'élaborer une stratégie optimale. Avant +++, pendant + et après,
- d'accepter de modifier ses habitudes, voire de revenir sur certains dogmes,
- de ne pas faire n'importe quoi : ni exploit, ni concours.

Les techniques mises en œuvre peuvent être appliquées à la chirurgie conventionnelle, elles permettent de réduire les DMS, et sont un premier pas pour la RRAC (réhabilitation rapide après chirurgie).



CONCLUSION

La chirurgie reste la chirurgie et l'anesthésie reste l'anesthésie

L'ambulatoire, c'est surtout :

- une question d'organisation
- une question de changement des habitudes
- une sélection du patient vis à vis de l'acte et de la structure de soins
- l'avenir, qu'on le veuille ou non → mais pas faire n'importe quoi !!!

Développement du mini-invasif → coût matériel accru pour l'ambulatoire et le conventionnel

Coût accru le jour j, mais économie globale car diminution DMS