

IRAPS

Instance **R**égionale d'**A**mélioration
de la **P**ertinence des **S**oins



LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Pour une pratique pertinente
en région Auvergne Rhône-Alpes

INTRODUCTION

Le rapport d'information à l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la Chirurgie ambulatoire remis en septembre 2020 insiste entre autres :

1/ Sur la nécessité de l'accompagnement des établissements pour renforcer le déploiement de la chirurgie ambulatoire, et l'intérêt du pilotage fondé sur l'outil VisuChir,

2/ Sur la prise en compte de la vulnérabilité des patients (isolement social et/ou géographique, comorbidités, âge...),

3/ Sur le développement d'une logique de parcours qui intègre les étapes en amont et en aval de l'opération chirurgicale, qui passe nécessairement par une meilleure coordination avec la ville.

L'Instance Régionale pour l'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) Auvergne-Rhône-Alpes consacre un chantier à ce sujet dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2020-2023.

Ce livret est à destination des équipes chirurgicales et des directions d'établissement.

Elaboré par un groupe d'acteurs de santé missionnés par l'IRAPS, il comprend sous une forme très synthétique :

- Le rappel des principales recommandations en matière d'organisation, de qualité et de sécurité des soins,
- Une synthèse succincte et non systématique des preuves scientifiques
- Un éclairage sur une opportunité actuelle, le développement des hôpitaux hospitaliers
- Des commentaires complémentaires de l'URPS de pharmacie et des représentants des usagers, membres de l'IRAPS.

Le Pr Philippe Michel,
président de l'IRAPS Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE (INTERACTIF)

01

Les préconisations [p. 4](#)

02

Les preuves scientifiques [p. 5](#)

03

Les hôpitaux hospitaliers [p. 6](#)

04

Les préconisations du groupe de travail régional : le point de vue du pharmacien d'officine
(Dr Fleury, secrétaire adjointe URPS pharmacien, membre de l'IRAPS) [p. 7](#)

05

Les préconisations du groupe de travail régional : le point de vue des usagers
(M. Sabouret, France Assos Santé, représentant des usagers aux HCL, membre de l'IRAPS) [p. 8](#)

06

ANNEXE 1: Synthèse des préconisations du HCSP à destination des établissements [p. 9](#)

07

ANNEXE 2 : Les preuves scientifiques [p. 10](#)

01

LES PRÉCONISATIONS

A. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (Juin 2021)

Les préconisations du HCSP pour la chirurgie ambulatoire ont été présentées AuRA par le Pr Ecoffey, membre du Haut Conseil de la Santé publique lors du webinaire sur la chirurgie ambulatoire organisé en AuRA le 31/05/2022.

Ce webinaire est accessible [en cliquant ici](#)



Les recommandations sont à consulter sur le site de HCSP [en cliquant ici](#)

Une synthèse des principales recommandations vous est proposée [en annexe 1](#) de ce document.

B. Recommandations ANAP / HAS

- Ces recommandations pour une bonne prise en charge en chirurgie ambulatoire ont été élaborées avec les 15 meilleurs services français (mêmes principes que VisuChir)
- Les documents source sont téléchargeables sur les sites de l'[ANAP](#) et de la [HAS](#)
- Sont proposées **15 fiches techniques explicatives**, évaluatives, de mise en œuvre ; chaque équipe puisera dans la fiche technique qui lui conviendra.
- La réforme des autorisations en chirurgie autorise la chirurgie ambulatoire dans un établissement ayant une hospitalisation complète en chirurgie mais également de façon isolée si conventionnement avec un établissement proche ayant une hospitalisation complète en chirurgie.
- L'autorisation en ambulatoire est à distinguer de l'hospitalisation à temps partiel (ex : séances de chimiothérapie) L'activité ne peut se poursuivre par une HAD et le personnel n'est pas mutualisable avec d'autres services (Article D 6121-301-1 R. 6121-4-CSP)

C. Les préconisations de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire

(extrait d'une intervention du Pr Vons , présidente de l'AFCA en mai 2022) :

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire, garantie d'une réussite assurant qualité des soins et sécurité des patients :

1. Permettre une **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie** (RAAC) en moins de 6 heures :

La structure doit se donner les moyens humains et organisationnels de le garantir.

2. Gérer les risques en chirurgie ambulatoire :

Actuellement, les patients de chirurgie sortent de plus en plus en amont des complications, en chirurgie ambulatoire ou non (complications infectieuses, thrombo emboliques..) : gérer ces complications est devenu indispensable quelle que soit la modalité de prise en charge chirurgicale (HC ou CA).

Les hémorragies sont très précoces et globalement plus rares. Il est nécessaire de mettre en place des barrières de sécurité non spécifiques (checklists et information répétée du patient) et, en sus, des barrières de sécurité spécifiques à l'intervention.

Les principales barrières de sécurité non spécifiques sont :

1. Vérification des critères d'éligibilité (selon acte, patient, et équipe)
2. Appel de la veille
3. Sortie de SSPI (calcul du Score d'Aldrete)
4. Sortie de l'UCAA (calcul du score de Chung)
5. Possibilité de contacter l'équipe 24H/24: numéros de téléphone du chirurgien et de l'anesthésiste de garde
6. Appel du lendemain
7. Information/éducation du patient, patient partenaire: point d'attention majeur

Selon le rapport d'information présenté à l'assemblée nationale en septembre 2020 :

- « La chirurgie ambulatoire est un marqueur de qualité de prise en charge qui met en jeu des nouvelles pratiques de soins très exigeantes en termes de qualité et de sécurité dans un contexte de chirurgie programmée ».

- « Une opération pratiquée en chirurgie ambulatoire réduit les risques d'exposition aux maladies nosocomiales et partant, de complications associées. Le Pr Corinne Vons, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) jusqu'en mai 2022, est ainsi allée à rebours des idées reçues sur le surcroît de risques associés à une opération pratiquée en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète. S'insurgeant contre l'idée que la chirurgie ambulatoire présente des impondérables, le Pr Vons a fait valoir que de nombreuses études scientifiques démontraient le contraire. Poursuivant son plaidoyer en faveur de l'ambulatoire et des efforts à produire pour maîtriser les complications chirurgicales, le Pr Vons a indiqué aux rapporteurs que l'idée selon laquelle l'hôpital constitue un lieu de sécurité est erronée car l'hospitalisation peut gêner le recouvrement de la santé. L'hospitalisation *« est source d'infections par des germes nosocomiaux » en même temps qu'elle « gêne [la] réhabilitation » car le patient « reste couché sans bouger [favorisant ainsi] les risques thromboemboliques ».*

Il existe actuellement des arguments robustes scientifiques qui montrent que la réalisation d'actes de chirurgie en ambulatoire est aussi sûre que la prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Des essais randomisés contrôlés ont montré de façon relativement robuste pour plusieurs actes dont certains complexes que **la prise en charge ambulatoire n'augmentait pas le taux de complications postopératoires, de réadmissions, de réopérations et même de consultations aux urgences et/ou chez**

les médecins traitants comparée à l'hospitalisation avec hébergement d'une nuit.

Quelques extraits de la littérature scientifique vous sont fournis en [annexe 2](#) (informations issues d'une présentation du Pr Vons, mai 2022).

En conclusion de cette littérature, la sécurité en chirurgie ambulatoire est la même que celle en hospitalisation avec hébergement d'une nuit et selon le Pr Vons : « Le risque redouté en chirurgie ambulatoire est l'incapacité de faire le diagnostic et le traitement rapide d'une complication après la sortie ; ces essais confirment l'absence de complication particulière la première nuit ».

Le groupe régional IRAPS Chirurgie ambulatoire rappelle que la chirurgie ambulatoire réalisée dans des conditions ne respectant pas les pré-requis fondamentaux en chirurgie ambulatoire énoncés ci-dessus, en particulier pour les actes de chirurgie lourde, peut être associée à une qualité et une sécurité des soins dégradées.

03

LES HÔTELS HOSPITALIERS

Déclinaison de la mesure 17 du Ségur de la santé, la généralisation des **hébergements temporaires non médicalisés** (HTNM) fait suite à un dispositif expérimental :

- La prestation ne pourra excéder **3 nuits consécutives sans intervention, et 21 nuits dans sa totalité.**
- Pour mettre en œuvre le dispositif, les établissements volontaires doivent tout simplement **se déclarer auprès de l'ARS dans le mois qui précède l'ouverture de l'activité.**
- Pour accompagner la mise en œuvre de l'activité, **un remboursement est assuré par l'assurance maladie : forfait de 80 € la nuitée** comprenant les frais d'hébergement des patients et de leurs accompagnants ainsi que leurs repas.

Au travers de son guide de septembre 2021, l'ANAP veut faciliter l'évaluation du potentiel d'activité et des impacts économiques d'un hôtel hospitalier. Elle donne aussi des conseils pour la contractualisation avec un prestataire externe.

L'HTNM a vocation à s'inscrire durablement dans les parcours de soins hospitaliers chirurgicaux notamment avant et après hospitalisation courte.

Le décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 et arrêté du 21/10/2021 concernant les critères d'éligibilités des patients détermine les modalités de la généralisation de ce dispositif expérimenté depuis 2017 : les critères d'éligibilité des patients à la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé «sont soumis au cas par cas à l'appréciation médicale du praticien prescrivant le dispositif».

Points de vue de praticiens AuRA sur les hôtels hospitaliers



« Pour les patients venant de loin, le repos préopératoire est privilégié en évitant de longues distances ainsi qu'en post opératoire en évitant l'inconfort d'un trajet long »

Dr Alexandre CASSIGNOL, Chirurgien gynécologue

« L'hôtel hospitalier permet de recentrer l'hôpital sur sa fonction de soin et de confier l'hébergement à une structure hôtelière. Il permet d'accompagner le virage ambulatoire en rendant le patient davantage acteur de sa prise en charge et de son parcours de soin »

Dr Olivier RASPADO, Chirurgien Digestif

« Le point très positif est que l'hôtel hospitalier est un environnement rassurant, confortable et appréciable pour les patients, à proximité immédiate de l'hôpital »

Dr Jean-Baptiste ESTEVE, Cardiologue Interventionnel

« L'Hôtel hospitalier limite le stress pré opératoire lors d'une intervention programmée J0 : pour les patients dont l'arrivée est prévue à 7h00, pas de stress lié au risque d'arriver en retard »

Dr Isabelle PAUCHARD, Gastroentérologue



04

LES PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL :

LE POINT DE VUE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Dr Fleury, secrétaire adjointe URPS pharmacien,
membre de l'IRAPS

PRÉCONISATIONS RELATIVES AUX PRÉ REQUIS EN AMONT DE L'INTERVENTION DE CHIRURGIE AMBULATOIRE :

Lors de la consultation pré-opératoire, **envoi des ordonnances de sortie** (médicaments, matériel et ou orthèse) par MonSisra (ou autre messagerie sécurisée) :

- Au médecin traitant
- Au pharmacien référent
(coordonnées fournies par le patient, accord du patient)
- Le cas échéant à l'infirmier désigné par le patient

Les patients en ambulatoire sortent généralement en fin de journée et arrivent à la pharmacie vers 18 heures ; lorsque le médicament ou le matériel n'est pas en stock, nous devons le commander afin qu'ils soient livrés le lendemain, ce qui oblige le patient à revenir...

Ex : les héparines, pansements spécifiques, attelles, médicaments stupéfiants.

Le groupe de travail IRAPS souligne l'importance de la messagerie sécurisée et non l'emploi de messageries personnelles, au vu des obligations de la RGPD .

Malheureusement, nous voyons trop souvent des ordonnances reçues par le patient hors messagerie sécurisée, délivrées plusieurs fois, lors de mésusages comme pour le tramadol.

Les ordonnances de stupéfiants, d'antalgiques... doivent être rédigées selon la réglementation (ordonnance sécurisée).

Cela n'exclut pas l'obligation pour le patient de venir avec l'original de la prescription notamment pour les stupéfiants, en absence d'évolution de la réglementation.

PRÉCONISATIONS RELATIVES AUX PRÉ REQUIS À L'ISSUE DE L'INTERVENTION DE CHIRURGIE AMBULATOIRE :

- **Alimentation systématique du DMP** afin de retrouver les informations sur le patient (nature de l'intervention, etc..)
- Lors de la sortie, **envoi d'une ordonnance si nécessaire** par exemple pour le relais héparine/AVK.... Ce relais, mal géré, est source d'angoisse pour le malade, même si le remplacement par les AOD est de plus en plus fréquent.

05

LES PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL :

LE POINT DE VUE DES USAGERS

M. Sabouret, France Assos Santé, représentant des usagers aux HCL, membre de l'IRAPS

POINTS D'ATTENTION À PRIVILÉGIER POUR L'USAGER

- Le principe d'égalité d'accès aux soins impose de s'informer sur les conditions d'accès et d'hébergement en amont de l'intervention
- Veiller aux situations d'isolement des patients
- Expliciter de façon claire et compréhensible le parcours aux patients
- Veiller à la fluidité du parcours et prévoir la sortie en amont de l'hospitalisation
- Repérer et anticiper les motifs d'inquiétude

A PRÉVOIR

- Organiser le lien ville hôpital en incluant les professionnels 1er recours les services sociaux et les représentants des associations d'usagers
- Prévoir des lieux d'hébergement, ouverts aux plus démunis, qui soient en lien avec les établissements sanitaires
- Formaliser des actions en direction des groupes vulnérables (personnes en grande précarité, mère solo, troubles psychiques)
- Inclure les personnes vulnérables dans le dispositif DAC afin de proposer les aides spécifiques aux personnes repérées

06

ANNEXE 1

Synthèse des préconisations du HCSP à destination des établissements

Préconisation n°3 Sortir du bloc opératoire commun et partagé avec la chirurgie conventionnelle et diversifier les circuits ambulatoires sous toutes leurs formes en les adaptant à l'évolution de l'activité, tout en scellant définitivement la séparation et l'autonomie des flux ambulatoires. La diversification des circuits peut se faire au sein d'une structure (ambulatoire ultra-court, ambulatoire court, ambulatoire long), d'un site ou entre les sites. Les circuits, les locaux, les personnels ambulatoires ne doivent pas être mutualisés avec les autres types de prises en charge (conventionnel, urgence).

Préconisation n°4 Élargir, compte tenu des progrès techniques, le champ de la chirurgie au-delà de la seule chirurgie ouverte avec effraction du corps, en y intégrant notamment une partie de l'interventionnel, dès lors que sont nécessaires un environnement de bloc opératoire et un parcours anesthésique. Faire bénéficier l'organisation de type chirurgie ambulatoire à ces prises en charge, tout en maintenant une séparation stricte des flux.

Préconisation n°5 Atteindre 80% de chirurgie ambulatoire en s'aidant notamment de l'outil VISUCHIR et des travaux des sociétés savantes. Au niveau international, convergence entre les préconisations de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) et les taux ambulatoires constatés dans les pays les plus avancés, sur le taux cible potentiel ambulatoire de 80%. L'outil VISUCHIR français estime aussi un potentiel ambulatoire de 79,7%, calculé à partir des pratiques ambulatoires actuelles des 20% d'établissements français les plus performants.

Préconisation n°8 Rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge ambulatoire, en particulier dans la compréhension du processus de prise en charge, en évaluant avec lui ses conditions psycho-socio-environnementales (en lien si besoin avec le médecin traitant), et en l'accompagnant en conséquence : accompagnement thérapeutique systématique dès l'amont de l'hospitalisation, consultation infirmière préopératoire, mobilisation de l'entourage du patient, des

associations et/ou des services sociaux.

Préconisations n°13 et 14 sur les dispositifs du virage ambulatoire : faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands centres urbains en développant des solutions d'accès aux organisations de télésanté, en facilitant les transports et les solutions d'hébergement à proximité, prévoir des démarches d'aller-vers les personnes les plus isolées socialement et à faible littératie en santé.

Préconisation n°15 Assurer un repérage systématique de la vulnérabilité médico-psycho-sociale en ville comme à l'hôpital, via les outils existants pour mieux orienter, organiser et adapter la prise en charge

Préconisation n°17 S'assurer qu'un temps d'écoute de la personne (ciblant ses difficultés, ses besoins, sa priorité) accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical.

Préconisation n°18 Prendre en compte le savoir expérientiel des patients dans leur propre soin comme dans l'organisation des dispositifs ambulatoires, au niveau local.

Préconisation n°21 Évaluer qualitativement les freins à la mise en oeuvre de la lettre de liaison à la sortie et proposer des modifications à son contenu.

Préconisation n°26 Développer la coordination territoriale entre les CPTS, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), DAC et le futur guichet unique patient.

Remarques du groupe IRAPS : la préconisation n°5 d'atteinte d'un taux de 80% de chirurgie ambulatoire s'entend globalement sur les données issues de l'ensemble des structures régionales / nationales et non individuellement par établissement.

06

ANNEXE 2

Les preuves scientifiques

ESSAIS COMPARATIFS RANDOMISÉS

Comparaison des résultats de la chirurgie ambulatoire à l'hospitalisation complète.
Conclusions finales de 4 essais et 2 méta analyses comparatifs randomisés CA vs H

4 essais et 2 méta analyses	Nb de patients totaux inclus	Complications post op à 30 jours	Autres	Références
Anneau de Gastroplication 2006	50	Pas de différence	Diminution des douleurs Diminution des coûts	Wasowicz-Kemps DK, Bliemer B, Boom FA, de Zwaan NM, van Ramshorst B. Laparoscopic gastric banding for morbid obesity: outpatient procedure versus overnight stay. Surg Endosc. 2006 Aug;20(8):1233-7 Abstract
Méta analyse chirurgie de la cataracte 2015	935	Pas de différence	Même acuité visuelle Diminution des coûts	Lawrence D, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Day care versus in-patient surgery for age-related cataract. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 2;2015(11):CD004242. Full-text
Cancer du sein 2016	78	Pas de différence		

4 essais et 2 méta analyses	Nb de patients totaux inclus	Complications post op à 30 jours	Autres	Références
Méta analyse vésicule 2017 (8 essais)	624	Pas de différence	Pas plus de ré admissions Plus de satisfaction-	Hao XY, Shen YF, Wei YG, Liu F, Li HY, Li B. Safety and effectiveness of day-surgery laparoscopic cholecystectomy is still uncertain: meta-analysis of eight randomized controlled trials based on GRADE approach. Surg Endosc. 2017 Dec;31(12):4950-4963 Abstract pubmed
Prothèse totale de hanche 2017	220	Pas de différence	Pas plus de réadmissions, consultations plus de douleurs à J1, pas plus de travail	Goyal N, Chen AF, Padgett SE, Tan TL, Kheir MM, Hopper RH Jr, Hamilton WG, Hozack WJ. Otto Aufranc Award: A Multicenter, Randomized Study of Outpatient versus Inpatient Total Hip Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2017 Feb;475(2):364-372. Full text
Hystérectomie 2018	204	Pas de différence	Pas plus de ré admissions ni de ré interventions Pas plus de contact avec le MT	Christiansen UJ, Kruse AR, Olesen PG, Lauszus FF, Kesmodel US, Forman A. Outpatient vs inpatient total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Nov;98(11):1420-1428 Full-text
Total 13 essais randomisés	2 111	Pas plus de complication	Pas plus de ré admissions	

Conclusion de ces études : la sécurité en chirurgie ambulatoire est la même que celle en hospitalisation avec hébergement d'une nuit. Commentaires du Pr Vons (présidente de l'AFCA jusqu'en mai 2022) : le risque redouté en chirurgie ambulatoire est l'incapacité de faire le diagnostic et le traitement rapide d'une complication après la sortie ces essais confirment l'absence de complication particulière la première nuit.

Le résultat de ces études est de nature à conforter les équipes s'organisant pour répondre aux pré requis qualitatifs sur la chirurgie ambulatoire.

ETUDES DE COHORTES (à partir des bases de données médico-administratives)

Etude sur une cohorte NHS Risque trombo embolique

Sur près d'un million de femmes, suivies dans le cadre d'un programme national de dépistage du cancer du sein.

- **947 454 femmes** d'âge moyen 56 ans suivies en moyenne 6,2 ans
- **614 ont été opérées (25 %) :** 149 355 en ambulatoire (62 %) et 90 259 en HC (38 %)
- **Deux groupes comparables**

Résultats : En comparaison des femmes non opérées, les femmes opérées avaient un risque d'accident thromboembolique multiplié par 70 après une chirurgie en HC et par 10 en ambulatoire.

BMJ 2009 ;339 :b4583 Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle age women :prospective cohort study

Etude multicentrique danoise de morbidité après 57 709 séjours de chirurgie ambulatoire.

Résultats

- **Retours à l'hôpital :** 1,21 % Dont 23 % à un autre hôpital délai ??
- **Motifs des réhospitalisations :**
 - Hémorragie/hématome : 0,5 % (soit 41 % de la morbidité totale)
 - Infection: 0,44%
 - Accident thromboembolique : 0,03 %
- Cette étude confirme **le faible taux de réhospitalisation après une chirurgie réalisée en ambulatoire.**

Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, et Al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2012 Mar;56(3):323-31

CONCLUSION

Des essais randomisés contrôlés ont montré de façon relativement robuste pour plusieurs actes dont certains complexes que la prise en charge ambulatoire n'augmentait pas le taux de complications postopératoires, de réadmissions, de réopérations et même de consultations aux urgences et/ou chez les médecins traitants comparée à l'hospitalisation avec hébergement d'une nuit.