

ARTICLE DE L'APDCA DANS LA REVUE ORTHONEWS

Prise en charge des patients

chirurgie ambulatoire

Dr Joël MIRBEY
et l'APCDA*

L'essor récent de la chirurgie ambulatoire (CA)

s'impose à notre système de soins sous l'effet

combiné des progrès des techniques chirurgicales

et des impératifs financiers. Ce mode de

chirurgie a débuté aux Etats-Unis dans les années

50. Alors qu'il s'est considérablement développé

Outre-Atlantique, il progresse difficilement

en France et pourtant il s'agit d'une priorité de

santé publique.

La chirurgie ambulatoire ou "chirurgie de jour"

constitue à présent une réelle alternative à
l'hospitalisation

traditionnelle. Pour une pathologie

donnée, la durée du séjour peut varier selon des

proportions importantes en fonction des modalités

d'exercices du praticien (public ou libéral), des

habitudes de l'équipe soignante et des disponibilités
d'accueil du patient à sa sortie (famille ou
centre spécialisé).

La CA répond à une définition très précise validée
par la conférence de consensus de 1993 sous les
termes suivants : "par chirurgie sans hospitalisation,
plus communément appelée chirurgie de
jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes
chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et
réalisés dans des conditions techniques nécessitant
impérativement la sécurité d'un bloc opératoire
sous anesthésie prolongée permettant, sans
risque majoré, la sortie du patient le jour même de
son admission".(1)

La chirurgie ambulatoire présente de nombreux
avantages. Elle apporte un réel confort aux opérés,
et les enquêtes ont montré qu'elle était appréciée
par les patients. Elle est source d'économies, elle
permet la mise en réseaux des acteurs de soins,
elle diminue le risque d'infection et s'inscrit dans
l'évolution des pratiques.(1)

Retard de la chirurgie ambulatoire en France

Une enquête a été menée par la Caisse Régionale
d'Assurance Maladie Bourgogne Franche-Comté
(CRAM) de 1999 à 2005. Effectuée à partir de
5 gestes traceurs, arthroscopie du genou, extraction
dentaire, chirurgie de la cataracte, chirurgie
des varices, amygdalectomie, elle a démontré
à quel point nous avons peu recours en France
à la CA. Une enquête de l'OCDE place notre
pays, dont le système de soins est envié par bien
d'autres, à l'avant-dernière place juste avant le
Portugal ! Pourquoi donc un tel retard ? (2)
Les pays anglo-saxons, les USA en particulier,
leaders en la matière, ont travaillé de longue date
sur les procédures de prise en charge en hospitalisation
de jour. Les motivations économiques
furent à l'origine de cette volonté de développer
un mode moins onéreux des traitements chirurgicaux.
Les avantages par rapport à la chirurgie
conventionnelle furent rapidement observés, expliquant
la progression constante des courbes de

CA dans le monde entier.

En France, un ensemble de facteurs explique le faible taux de progression de la CA comparativement aux autres pays de la communauté européenne.

Freins administratifs et financiers

Pendant de longues années, la prime financière à l'occupation optimale des lits incitait peu les praticiens, souvent actionnaires de leur outil de travail, à développer une activité de CA qui, selon ces bases, aurait été synonyme d'une gestion suicidaire.

Les difficultés administratives rencontrées pour créer des lits de CA ont participé à entretenir ce faible niveau de performance.

Certaines assurances ou mutuelles, en établissant contractuellement une durée minimum d'hospitalisation pour que leurs assurés puissent faire valoir leurs droits, favorisent une augmentation significative des durées d'hébergements.

À rémunération équivalente, la CA, plus pénalisante financièrement par les contraintes qu'elle

impose au praticien, n'incite pas toujours ce dernier
à rechercher systématiquement ce type de
prise en charge.

Réseaux de soins

Compléments indispensables à la CA, ils sont
parfois d'implantation très locale et demeurent
mal connus et donc mal utilisés par l'équipe soignante.

Les réseaux les plus actifs sont ceux dans
lesquels anesthésistes et chirurgiens s'impliquent
directement.

Tradition et formation chirurgicale française

Le plus grand nombre d'entre nous a découvert et
expérimenté la CA sur le terrain. Jusqu'à une date
récente, il n'y avait pas de formation universitaire dédiée
à la chirurgie ambulatoire. Cette activité n'était
pas reconnue en temps que réelle spécialité.

Freins liés au patient

Une procédure de CA nécessite une participation
pleine et active du patient et de son entourage.

Cette démarche semble parfois aller à l'encontre
des aides et supports que notre système de soins
offre depuis des dizaines d'années aux assurés
sociaux.

Les critères d'éligibilité

à la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation

centré sur le patient. Ce dernier est au centre

du dispositif de soins dans les trois phases du

traitement : préparation et information, réalisation

du geste technique, retour et suivi à domicile.

Les critères d'éligibilité à la CA portent sur l'acte

opératoire au sens large, la surveillance et les

soins à domicile jusqu'au rétablissement du patient.

Ils sont au nombre de trois avec les critères

médico-techniques, les critères psycho-socioenvironnementaux

et les critères d'information.

Les critères médicaux et techniques

La CRAM a défini une série "d'actes traceurs"

les plus couramment réalisables en CA. Cette liste n'est pas exhaustive. De plus en plus de gestes pratiqués hier avec hospitalisation le sont aujourd'hui selon une procédure ambulatoire stricte. La bascule vers l'ambulatoire résulte de facteurs conjugués relevant des progrès techniques anesthésiques et chirurgicaux (abords miniinvasifs), de l'expérience du praticien (hyperspécialisation), du caractère spécifique du plateau technique, de l'appui au retour à domicile sur un réseau de soins organisé.

En pratique, la validation pour une équipe d'un nouveau geste éligible à la CA s'effectue de façon progressive en passant par une phase intermédiaire d'hébergement bref ou ultra-bref (une nuit dans la structure de soins).(1)

Critères psycho-socio-environnementaux

En plaçant le patient au centre du dispositif de soins, le facteur humain constitue un élément limitatif et déterminant d'une prise en charge ambulatoire.

Il s'appuie sur la liste non exhaustive

des critères suivants :

-

Âge, cotation ASA ;

-

Contexte familial et proche entourage ;

-

Éloignement et accessibilité au centre de

chirurgie ;

-

Existence d'un réseau de soins structuré ou

prise en charge par un infirmier ou un kinésithérapeute

libéral ;

-

Horaires de l'intervention et choix du jour

dans la semaine, ...

Information

Lors de nos déplacements aux USA, nous avons

retenu l'importance et la diversité des supports

utilisés afin de délivrer au patient et à sa famille

une information complète relative à la procédure
de la chirurgie ambulatoire.

L'information va bien au-delà du simple "consentement éclairé". Plusieurs jours avant l'intervention, le futur opéré reçoit une information dispensée par l'équipe chirurgicale avec le kinésithérapeute, l'infirmière et des assistants. Cette information est faite, souvent en groupe, avec des documents écrits, des projections et même des rencontres avec d'anciens opérés.

Le but est d'obtenir une implication active du futur opéré afin d'aboutir à une responsabilisation susceptible de gommer les appréhensions que le patient pourrait ressentir vis-à-vis de la CA.

Le médecin traitant, quant à lui, recevra une information en temps réel au mieux par courrier électronique.

L'acte opératoire

Les salles d'opérations

Elles sont similaires pour les deux types de prise en charge chirurgicale. Le Centre d'ambulatoire

est soit attendant à l'établissement de soins, soit isolé, constituant une structure dédiée uniquement à la chirurgie de jour. Quoiqu'il en soit, le plateau technique doit intégrer une structure capable de contacter le patient, le réseau de soins ou le médecin traitant 24 h/24.

Modalités d'anesthésies,
prise en charge

de la douleur

L'évolution des techniques anesthésiques permet de répondre parfaitement aux impératifs de la CA. Mais c'est peut-être dans le domaine de la prise en charge de la douleur que nos collègues anesthésistes ont le mieux contribué à l'essor de la CA. Nous évoquons en particulier la généralisation des techniques de blocs et l'extension de leur durée d'action par l'utilisation des pompes élastomériques.

Aptitude à la rue

En France, l'opéré ne peut quitter le service d'ambulatoire

qu'après l'accord du médecin anesthésiste

et du chirurgien. Ainsi sera validée ce qu'il

est convenu d'appeler "l'aptitude à la rue".

Soins et
surveillance à domicile

Les modalités du retour à domicile doivent avoir

été clairement définies et préparées avant l'intervention.

La prise en charge relève de compétences

diverses intégrant entre autre les soins infirmiers

et de kinésithérapie. Cette phase essentielle au

succès de la procédure de la CA doit idéalement

s'appuyer sur un réseau de soins à domicile. Ce

dernier sécurise le patient et le médecin traitant

mais en aucun cas il ne peut se substituer à la

responsabilité du chirurgien. Le réseau de soins

doit pouvoir entrer en contact en permanence

avec le Centre de traitement.

Le médecin traitant tenu informé de l'intervention

et de son évolution peut être amené à se prononcer

sur la survenue d'évènements anormaux. Le

cas échéant, il pourra réadresser l'opéré vers le

Centre qui a fait bénéficier son patient du geste

chirurgical.

La responsabilité du suivi du patient incombe dans sa globalité au chirurgien. Ce dernier reste en charge de tous les évènements survenant dans les suites sous réserve qu'il ait été contacté, ce qui sous-entend que le patient demeure dans le même réseau de prise en charge. Il est primordial d'enseigner au patient et à l'entourage les modalités de contact au retour à domicile que ce soit avec le Centre de soins ou le secrétariat médical.

Perspectives d'avenir

Les perspectives de la CA en France constituent un véritable challenge. Ce dernier passe par les étapes incontournables suivantes :

Évaluation de la chirurgie ambulatoire

Même si les avantages de la CA pour le patient et la société constituent une réelle avancée, il convient d'évaluer cette modalité de prise en charge avec pragmatisme et objectivité. Cette évaluation doit porter sur les avantages et les risques, l'intérêt

économique réel incluant les éventuels transferts de coût sur la médecine de ville, et la satisfaction du patient par rapport au même traitement dispensé à la faveur d'un hébergement.

Incidations administratives et financières

Seules des mesures financières incitatives pousseront les plus rebelles d'entre nous au principe de la CA et à un changement de comportement.

Si elles doivent intéresser les établissements de santé et les donneurs de soins, ces mesures ne doivent pas exclure le consommateur, c'est-à-dire le patient lui-même.

Développement des réseaux de soins à domicile

La chirurgie ambulatoire est globalement plus complexe à mettre en oeuvre qu'une procédure d'hospitalisation. L'implication plus grande de l'équipe soignante peut constituer un frein. Le développement, la spécialisation des réseaux de

soins dédiés à la CA peuvent largement contribuer

à lever le frein à la chirurgie de jour comme

ce fût le cas aux USA.

Formation spécifique des médecins

anesthésiques et des
chirurgiens

Nous observons volontiers dans notre pratique

professionnelle que les chirurgiens les plus versés

vers la CA ne sont pas obligatoirement les plus

jeunes d'entre nous. Tout se passe comme si le

chirurgien fraîchement diplômé avait besoin de

quelques années d'adaptation avant d'augmenter

de façon significative la part de son activité

de CA.

Depuis quelques années, des formations universitaires

spécifiques concernant la chirurgie ambulatoire

ont été mises en place. Cet enseignement

doit s'adresser non seulement aux médecins mais

également à l'équipe soignante au sens large du

terme.

Notre expérience
dans la prise en

charge d'une
cure d'hallux valgus

en chirurgie ambulatoire

Évolution de notre pratique

La durée d'hospitalisation pour une cure d'hallux

valgus était de cinq jours il y a 10 ans. En septembre

2004, après avoir réduit progressivement la

durée d'hospitalisation, nous avons pratiqué notre

première cure d'hallux valgus avec ostéotomie

métatarsienne en chirurgie ambulatoire. Actuellement,

80 % des patients porteurs de cette pathologie

sont opérés dans ces conditions. Nous

avons rencontré certains obstacles à la prise en

charge en chirurgie de jour pour cette intervention

réputée douloureuse. Ces obstacles ont été surmontés

en suivant le schéma thérapeutique dont

nous développons les principales étapes.

Information du patient

et de son entourage

Dès la prise du premier rendez-vous, le secrétariat

médical conseille au patient de se rapprocher

de notre site Internet. Ce procédé implique immédiatement le patient dans sa démarche. La préinformation qu'il reçoit offre de plus le mérite de rehausser le niveau de la première consultation et d'aborder ainsi avec plus de détails les différentes étapes du traitement proposé.

Dans la mesure du possible, la consultation préopératoire s'effectue en présence d'un ou plusieurs membres de la famille.

Avec beaucoup de détails, les phases du traitement jusqu'à l'achèvement des soins sont abordées et expliquées. Dès lors que le patient est considéré comme éligible à la CA (sous réserve de l'avis définitif de l'anesthésiste), un livret reprenant le suivi du déroulement de l'intervention est remis au patient. Nous lui recommandons de s'imprégner de la procédure par une lecture renouvelée de ce document.

Le médecin traitant reçoit un e-mail ou une lettre de confirmation de l'intervention. Cette dernière comporte de nombreuses explications sur la procédure

choisie, la technique opératoire retenue et

les soins postopératoires à prévoir dès le retour à

domicile du patient.

Enfin, le patient est sensibilisé sur l'importance du

repérage cutané du côté à opérer. Un marquage

au crayon indélébile à distance du site opératoire

sera effectué par le futur opéré. La validation définitive

est pratiquée dès l'admission dans le centre

de soins par le chirurgien lui-même.

Préparation à l'anesthésie

et à la kinésithérapie

La consultation anesthésique permet de confirmer

l'éligibilité du patient à l'ambulatoire, d'aborder

les modalités techniques du type d'anesthésie

retenue mais surtout d'expliquer les modalités

de prise en charge postopératoire de la douleur

(pompe élastomérique). L'anesthésiste explique

l'organisation du traitement anticoagulant et sa

surveillance, la notion "d'aptitude à la rue", le

fonctionnement du réseau de soins à domicile.

Le même jour, le patient est reçu par le kinésithérapeute.

En accord avec la technique choisie,
les modalités de déambulation, les gestes recommandés
ou interdits en postopératoire sont de
nouveau expliqués au futur opéré et à son entourage.

Spécificités techniques de l'intervention

Initialement réservés aux atteintes isolées de
l'alignement du premier rayon, aujourd'hui les cas
nécessitant une correction de plusieurs rayons
sont éligibles à la CA. En revanche, et pour
obtenir un meilleur résultat fonctionnel, nous
préférons, lorsque l'atteinte est bilatérale, une
cure chirurgicale en deux temps.
L'intervention qui peut comporter une ostéotomie
du premier métatarsien s'effectuera grâce à
une hémostase scrupuleuse sans drainage postopératoire.

La fermeture sera rendue totalement
hermétique par un rapprochement cutané fait
d'un surjet de fil résorbable complété d'une colle
dermique.

Le pansement mis en place en salle d'opération
ne sera pas renouvelé mais conservé jusqu'au

terme de la troisième semaine postopératoire.

Pour autoriser un accès facile à l'avant-pied nécessaire

à la rééducation, nous utilisons des pansements

constitués de feuilles de polyuréthane.

Dans notre expérience, l'absence de renouvellement

systématique du pansement postopératoire

a contribué à réduire les incidents de cicatrisation

et la fréquence des problèmes infectieux locaux.

Utilisation d'un bloc tronculaire du nerf tibial postérieur.

En fin d'intervention, un cathéter est placé

sur le trajet rétro-malléolaire interne du nerf tibial

postérieur. Le cathéter est relié à une pompe élastomérique

qui diffuse de façon continue un anesthésiant

local au contact du nerf pour une période

de soixante douze heures. Le principe du fonctionnement

de la pompe ainsi que les éventuels

incidents rencontrés (oblitérations, déplacement

du cathéter) sont expliqués au patient et à l'infirmière

qui en assurera la surveillance dans le but

de ne pas procéder prématurément à l'ablation

du cathéter et afin que celui-ci demeure correctement

positionné et conserve toute son efficacité.

Soins postopératoires au Centre

Le patient rejoint son domicile six heures après

l'intervention dont il a bénéficié dès lors que son

"aptitude à la rue" est validée. Le
kinésithérapeute

expliquera une nouvelle fois, documents à l'appui,

les modalités de la déambulation et des exercices

à effectuer et à renouveler pluri-quotidiennement

pour entretenir la souplesse de la MP1.

Un contrôle dopplerographique réalisé systématiquement

avant la sortie permet de s'assurer que

le patient quitte le centre avec un réseau veineux

libre.

La mise en oeuvre du traitement anticoagulant

postopératoire est l'occasion d'expliquer de nouveau

au patient les modalités de la surveillance et

des soins infirmiers à domicile.

Le compte rendu opératoire et la lettre de consignes

sont adressés au médecin traitant le jour de

la sortie et dans l'idéal par courrier électronique.

Contrôle des conditions

de retour à domicile

Celui-ci est effectué le soir même (appel téléphonique)

par une infirmière du centre et le lendemain

de l'intervention par un appel systématique du

cabinet médical.

Même si le patient reçoit la consigne de revenir

dans le service en cas de problème, l'expérience

montre que la rigueur de la procédure suivie

aboutit à un taux de réadmission précoce pour ce

type de pathologie inférieur à 5 %.

Conclusion

La conjonction des contraintes économiques

et des progrès techniques rendent l'essor de la

chirurgie ambulatoire inéluctable. Cette chirurgie

s'adresse d'ores et déjà à des gestes importants.

Il serait hasardeux toutefois de déterminer

aujourd'hui la liste des gestes qui, raisonnablement

dans le futur, seront réalisables en CA tant

la marge de progression vers ce type de prise en

charge est importante.

Pour des raisons socio-culturelles, la France est

très en retard par rapport aux autres pays de

l'OCDE. Il faut s'attendre à court terme à des prises

d'initiatives majeures des pouvoirs publics

dans le but de combler le retard et de replacer

notre pays en matière de chirurgie ambulatoire

à la hauteur de la réputation de son système de

santé.

Il nous paraît plus judicieux, à nous médecins, de

collaborer et de se préparer aujourd'hui au grand

changement de demain plutôt que de se voir imposer

brutalement une réglementation et des procédures

à l'élaboration desquelles nous n'aurions

pas participé activement.