51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE) 2009
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Faut-il un circuit particulier pour l'ambulatoire ?

J. Étienne, A. Bonnet*, J. Mantz

Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Beaujon (AP–HP), 100, boulevard du Général Leclerc, 92118 Clichy cedex, France
*e-mail : agnes.bonnet@bjn.aphp.fr

POINTS ESSENTIELS

- La chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel qui, dès la consultation de chirurgie, optimise le circuit du patient dans la structure en garantissant à la fois une qualité et une sécurité des soins sans risque majoré.
- La pratique de la chirurgie ambulatoire est précisément réglementée et impose un certain nombre de contraintes, notamment à tous les participants, allant des opérateurs au directeur de l'établissement de soins.
- Les établissements de santé doivent également répondre à des normes de sécurité strictes imposant la continuité des soins, même en dehors des heures d'ouverture.
- Le coordonnateur est chargé de lier les différents acteurs et d'harmoniser le programme opératoire.
- L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) regrouperait idéalement l'ensemble de l'activité périopératoire en une unité de lieu et proposerait ainsi une culture centrée sur le patient, essentielle à son bon fonctionnement. Les contraintes budgétaires imposent cependant à la majorité des établissements l'utilisation d'un secteur opératoire non dédié, butant alors sur un concept traditionnel de chirurgie, axé sur les praticiens.
- La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) met actuellement à la disposition des établissements de soins des outils informatiques d'analyse, de conception et de gestion utiles à l'élaboration d'un projet ambulatoire et permettant de répondre aux impératifs de chacun.
- La pérennité de l'ensemble de l'activité chirurgicale d'un plateau technique dépend de sa capacité de générer une réflexion collective pour définir une organisation permettant de créer un consensus entre les différentes activités ambulatoire et conventionnelle, et ne se réduit pas à ses limites architecturales.

Introduction

Selon l'enquête « 3 Jours d'anesthésie » de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), le nombre d'anesthésies réalisées en 1996 pour des patients ambulatoires est estimé à 2 100 000, soit 27 % des actes [1]. Pour les cliniques privées, la pratique ambulatoire représentait alors un tiers de leur activité. Actuellement, ce chiffre se rapprocherait des 50 %, avec 82 % de l'ensemble de l'activité chirurgicale ambulatoire réalisé en clinique, soit un quasi-monopole du privé. En terme de chirurgie ambulatoire, la France accuse un important retard en se situant au 12e rang sur les 15 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [2]. Bien que la chirurgie ambulatoire soit une priorité de santé publique depuis 1998 sous l'impulsion de B. Kouchner [3], en 2004, 44 % des actes opératoires étaient pratiqués en ambulatoire en France alors qu'aux États-Unis, le pourcentage s'élevait alors à 84 %.

Outre le réel bénéfice qu'apporte la chirurgie ambulatoire aux usagers en termes de confort (retour précoce à domicile) et de satisfaction (90 % de satisfaction globale des patients [4]), l'activité ambulatoire représente une réduction notoire des coûts de la santé : selon les actes, entre 7 et 26 % d'économie dans le secteur privé, et entre 25 et 51 % dans le secteur public. La tarification, peu incitative il y a quelques années, tend depuis 2007 à confondre les tarifs de prise en charge de l'ambulatoire avec l'hospitalisation conventionnelle.

Par ailleurs, il ne sera bientôt plus possible de réaliser certains actes en hospitalisation conventionnelle sans une demande d'entente préalable. C'est déjà le cas dans certaines régions pour, par exemple, la chirurgie des varices. Dans ce contexte, le développement de la chirurgie ambulatoire est une nécessité pour les établissements de santé. Mais ce développement inéluctable se heurte à deux obstacles majeurs : un héritage de freins culturels d'une part, et des contraintes budgétaires omniprésentes d'autre part.

Impératifs de l'ambulatoire

Par définition, la chirurgie ambulatoire est l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission [5]. La chirurgie ambulatoire est donc une chirurgie sous conditions.

Le premier impératif concerne la qualité des soins. La limitation du temps, voire la pression de production, pourrait faire craindre une diminution de celle-ci. Dans cette optique, l'unité de chirurgie ambulatoire doit se donner les moyens d'assurer une prise en charge optimale du patient d'un bout à l'autre de son circuit. Cela commence dès la constitution de son dossier administratif et médical. Aucun élément ne doit être oublié, aussi bien concernant l'information du patient que son consentement ou les consignes avant l'admission. Aucun détail ne doit être négligé, tout doit être anticipé, afin de garantir une disponibilité maximale des équipes pour se consacrer aux soins. Le relais est assuré par un personnel qualifié et sensibilisé à l'intérêt de pratiques et de thérapeutiques adaptées à l'ambulatoire (en anesthésie : agents de cinétique d'action rapide, développement de l'anesthésie locorégionale, large prévention des nausées et vomissements postopératoires, protocoles de prise en charge de la douleur spécifiques à chaque type d'intervention, etc.).

Le deuxième impératif concerne la sécurité du patient. Cette volonté affichée se retrouve dans la réglementation étoffée qui régit la pratique de l'ambulatoire. L'article D712-30 du Code de la santé publique stipule : « Les structures d'hospitalisation à

temps partiel de jour et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnées à l'article R. 712-2-1 dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures [...] des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. 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 » [6]. Chaque structure a son mode de fonctionnement propre, mais toutes doivent offrir un degré de sécurité optimal. En effet, l'autorisation d'activité de soins de chirurgie ne peut être délivrée à un demandeur que s'il satisfait à certains critères. Notamment, ce dernier doit disposer sur le site d'une structure permettant l'hospitalisation des patients, permettant également l'accès à un plateau technique adapté. Il doit par ailleurs disposer de moyens adaptés à l'activité chirurgicale et anesthésique (c'est-à-dire un accès à une unité de surveillance continue ou à une unité de réanimation ou à une unité de soins intensifs), être capable de réaliser en propre ou par convention avec un autre établissement de santé, et d'interpréter, dans des délais compatibles avec l'état du patient, des actes d'imagerie, de biologie médicale et d'anatomie pathologique. Ces dispositions ont été mises en avant par les recommandations de la Sfar en 1996 concernant l'anesthésie du patient ambulatoire : « l'organisation doit permettre, en permanence, l'application des règles propres à l'anesthésie. Quelle que soit la structure, il est indispensable d'être en mesure d'hospitaliser les patients en fin d'acte si leur état le nécessite. Cette hospitalisation éventuelle, soit au sein de l'établissement, soit dans un autre habilité à les recevoir, ainsi que les conditions de transport doivent être prévues et organisées préalablement à tout acte ambulatoire » [5].

Ces impératifs réglementaires, techniques et anesthésiques, qui visent à assurer la sécurité du patient, obligent à une réflexion en amont de l'implantation d'une structure d'ambulatoire au sein d'un secteur hospitalier et doivent figurer dans le règlement intérieur qui engage tous les acteurs. Néanmoins, il semble naturellement plus réaliste d'optimiser l'organisation d'une activité plutôt que l'architecture qui l'abrite, d'autant que les contraintes actuelles budgétaires et structurelles ne placent pas tous les établissements de santé à égalité en terme de capacité de développement. En effet, la chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient, seul garant de réussite – « l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » [7] –, en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire, etc.) et où l'organisation est autour des professionnels, comme c'est le cas pratiquement dans tous les systèmes hospitaliers.

Néanmoins, c'est le patient qui est ambulatoire, et non l'acte. Évidemment, la sélection des patients est particulièrement rigoureuse, mais elle ne doit pas être synonyme de draconienne. Les contre-indications à l'ambulatoire sont assez restreintes. Les patients doivent avoir la capacité d'assumer leur prise en charge à domicile et, en contrepartie, la structure qui les accueille doit avoir la capacité d'organiser le circuit de leur prise en charge. D'une manière générale, celle-ci s'organise pour une liste de gestes ciblés, même si, avec l'expérience, la liste a tendance à s'élargir avec des contre-indications qui restent finalement limitées.

Notamment, l'organisation se concentre sur la gestion du flux des patients en établissant un véritable circuit millimétré et minuté du patient. Elle doit être optimale à toutes les étapes, en respectant les règles de sécurité, dans un temps qui est par définition réduit. Elle débute au niveau des opérateurs, et ce dès la consultation, avec choix et

explication de l'ambulatoire aux patients. Les opérateurs doivent intégrer certaines contraintes : la planification de leurs vacations qui doit être connue à l'avance, avec non seulement leurs congés et absences, mais également la possibilité d'une contre-visite avant la sortie de la structure de soins, avec rédaction des ordonnances de sortie, du compte-rendu opératoire et du courrier au médecin traitant, puis une disponibilité téléphonique en cas de besoin (24 premières heures), et pour finir, le rendez-vous post-opératoire. Pour les anesthésistes, c'est lors de la consultation que le mode ambulatoire est confirmé, que les consignes sont rappelées (bilans, traitements). La visite préanesthésique doit pouvoir être organisée ainsi que la contre-visite avant la sortie. Les anesthésistes participent également à la permanence des soins dans la nuit qui suit le geste.

L'organisation de la structure doit être planifiée : heure d'arrivée des patients, vérification des constantes vitales, préparation et prémédication des patients, etc. Elle doit disposer de locaux d'accueil et de repos distincts, où le respect de la confidentialité des informations partagées relatives au patient est de mise. La préservation de l'intimité et de la dignité due au patient qui est conscient est une exigence importante. Il doit y avoir également un local d'accueil du patient et de son accompagnant, une salle d'attente, une salle de repos et de collation. La structure accueille aussi une équipe de professionnels multidisciplinaires : cadre, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes, infirmières, secrétaires capables de travailler en temps réel.

Cette implication transversale au cœur du complexe hospitalier impose l'existence légiférée – en l'occurrence, élection par le comité médical d'établissement – d'un régulateur, qui est un intermédiaire chargé d'une mission délicate : créer un réseau entre chaque unité de soins et accorder chaque cahier des charges. C'est le rôle du coordonnateur. L'approche multidisciplinaire de cette fonction convient particulièrement aux anesthésistes (qui représentent actuellement environ 50 % des effectifs), mais n'exclut aucune discipline. Le choix doit avant tout répondre à une logique de service. Dès lors, l'organisation repose sur le coordonnateur, et cette nouvelle répartition des responsabilités et des pouvoirs au sein des services de chirurgie peut parfois bouleverser l'ordre établi ainsi que les convenances culturelles d'un passé en passe d'être révolu.

Peut-on faire de la chirurgie ambulatoire au sein d'un bloc opératoire non dédié ?

Un bloc opératoire non dédié (ou intégré) est un bloc dans lequel peuvent avoir lieu des opérations de patients ambulatoires et non ambulatoires. Selon les nécessités locales, une seule ou plusieurs salles de bloc seront alors affectées au programme ambulatoire à un jour donné. Cette organisation est la plus fréquente à l'hôpital public. Lorsque le volume opératoire de l'activité ambulatoire justifie les moyens engagés, une salle de bloc peut lui être affectée en permanence, mais cette formule n'est pas souvent applicable du fait de la multipluridisciplinarité des interventions et des acteurs. Notons également que les modifications effectuées sont majoritairement intervenues lors de la restructuration complète d'un secteur opératoire, le concept précédant ainsi la conception.

On distingue deux autres modes d'organisation :

- le bloc satellite : situé dans l'enceinte hospitalière, il fonctionne avec un bloc opératoire dédié ;
- le centre autonome : l'ensemble de l'établissement comprenant bloc, salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI), et locaux d'accueil et logistiques est exclusivement dédié à l'ambulatoire. Il n'y a pas d'activité opératoire avec hospitalisation con-

ventionnelle. Ces centres se développent de plus en plus dans les pays anglo-saxons : plus de 6000 aux États-Unis avec plus de 1000 ouvertures ces deux dernières années, parfois au milieu d'un immeuble de bureaux, ou même dans des locaux commerciaux.

Ces modes s'opposent à la chirurgie ambulatoire dite foraine, qui n'est pas reconnue au titre de l'ambulatoire pour la tarification des actes. L'unité ambulatoire n'est pas différenciée du reste du secteur chirurgical ni des secteurs d'hospitalisation traditionnels. Il n'existe pas de structure propre, notamment ni d'accueil, ni de repos ; il n'y a pas de charte de fonctionnement.

Dans son bréviaire de la chirurgie ambulatoire [8], la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) se propose de répondre à 20 questions sur la chirurgie ambulatoire ; notamment, la huitième est : « Faut-il un bloc dédié ? » La réponse est laconique : non. Il est stipulé : « D'après le code de la santé publique, les unités de chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire sans que soit précisé que ce bloc doive être dédié à cette activité. » Cependant, un certain nombre d'interrogations demeurent. En effet, le centre satellite semble présenter des avantages par rapport au centre intégré. Pour le patient, l'unité de lieu, avec la limitation des déplacements, serait le premier avantage. Pour l'opérateur, il peut revoir ses opérés entre deux malades sans se changer, d'où un possible gain de temps ; il peut rapidement s'assurer des suites simples de son acte et signer le compte-rendu opératoire, les ordonnances et la sortie de son patient avant la fin du programme. Pour l'anesthésiste, il peut faire la visite préanesthésique entre deux patients, permettant d'échelonner leur arrivée dans l'unité de chirurgie ambulatoire sur la matinée. Pour le personnel soignant, les horaires de travail sont fixes, avec peu de variabilité. Pour la structure, il y a une diminution des coûts de fonctionnement : moins de frais en termes de temps de brancardage, de temps infirmier, simplification des démarches administratives quand tout est préparé sur place, sans travail de nuit ou de week-end. De plus, dans son rapport intermédiaire sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques [9], la MEAH pointe les avantages et les inconvénients principaux liés aux différents modes de fonctionnement, et bien qu'« aucune certitude sur l'intérêt de l'une par rapport à l'autre ne se dessine », cite pour les blocs non dédiés les risques d'interférence avec le programme lourd et d'urgence, de déprogrammation intempestive, de prolongation d'hospitalisation, etc. Les blocs non dédiés disposent néanmoins d'une grande marge de progression en s'attachant d'abord à l'aspect organisationnel. Dans ce sens, des logiciels de conception d'unité de chirurgie ambulatoire, d'identification du potentiel de substitution et de regroupement de l'activité sont à la disposition des professionnels. De même, l'informatisation du dossier des patients et les outils de gestion du programme opératoire permettent un travail accessible à tous et en temps réel.

Plusieurs hospitaliers se sont pourtant interrogés sur la pertinence de disposer d'un bloc dédié ou d'un bloc partagé pour la chirurgie ambulatoire. Si, pour Guy Bazin, « le confinement des modes de prise en charge diminue la fluidité et augmente les coûts de fonctionnement », le bloc dédié permet surtout à l'unité de se libérer des contraintes culturelles traditionnelles et de s'adapter aux variations de flux. Le Pr Guy Vallancien de l'Institut mutualiste Montsouris, auteur du rapport sur la chirurgie, s'est quant à lui déclaré « assez mitigé » sur la « sanctuarisation » de la chirurgie ambulatoire. Ces dissonances se retrouvent dans les conclusions de l'enquête nationale de santé publique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts ; 2001–2003) [10], et trahissent les difficultés ressenties par les professionnels à synchroniser le programme opératoire et le flux des patients sans contrevenir aux normes de sécu-

rité, mais aussi celles des opérateurs à modifier leurs habitudes pour intégrer cette nouvelle contrainte. La chirurgie ambulatoire tend à bouleverser la culture hospitalière traditionnelle. Le coordonnateur a le rôle essentiel et primordial d'un médiateur chargé de mettre en place une réflexion collégiale ainsi que de fédérer un travail d'équipe multidisciplinaire recentré sur le patient.

Conclusion

La chirurgie ambulatoire est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, administratives, organisationnelles, médicales, de soins, économiques. Cette articulation permet de l'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

L'organisation est au centre du concept de chirurgie ambulatoire ; le patient est au centre de cette organisation. Ce nouveau mode de fonctionnement est porteur de bienfaits pour le patient mais aussi, l'expérience le prouve, pour les professionnels et le système hospitalier. En 2004, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) montre que, pour un établissement donné, la chirurgie ambulatoire est prédictive de l'évolution de l'activité chirurgicale dans son ensemble. La chirurgie ambulatoire révèle un formidable potentiel d'amélioration du service rendu et de son efficience, car la performance qu'elle apporte dans son secteur fait tache d'huile sur les autres secteurs.

Avec l'appui des outils d'aide au développement et à la gestion, chaque établissement est capable d'analyser ses capacités et de définir ses besoins en terme de développement d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) ou, à défaut, de s'adapter aux contraintes organisationnelles. Gardons à l'esprit que toute décision doit s'appuyer sur une réflexion conjointe des différents secteurs afin de privilégier la qualité et ainsi de pérenniser l'avenir de la structure.

Références

1 Clergue F, Auroy Y, Péquignot F, Jougla E, Lienhart A, Laxenaire MC. L'anesthésie en France en 1996, Résultats d'une enquête de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 1352-62.

2 de Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends ? Ambul Surg 2000 ; 8 : 208.

3 Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (Priorité de santé publique du développement de l'ambulatoire).

4 Bontemps G. Impact médico-économique pour un établissement de soins. 36es journées internationales d'anesthésie-réanimation Paris. JEPU mars 2004.

5 Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot F, Jougla E, Lienhart A. Anesthésie des patients ambulatoires. Ann Fra Anesth Réanim 1998 ; 17 : 1363-73.

6 Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

7 de Lathouwer C. Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political challenge. 3e congrès international de chirurgie ambulatoire 1999.

8 Le bréviaire de la chirurgie ambulatoire. L'ambulatoire en 20 questions. MEAH. Octobre 2007.

9 L'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques. Rapport intermédiaire. Avril 2006. MEAH.

10 Programme National Inter-Regimes. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Septembre 2003