Le Congrès
Médecins. Conférence d'actualisation
© 2012 Sfar. Tous droits réservés.

# ORGANISATION DU CIRCUIT PATIENT EN AMBULATOIRE

Vincent Compère*, Véronique Fourdrinier, Bertrand Dureuil

*Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale et Samu, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, 76031 Rouen, France.*

*Auteur correspondant : Vincent Compère (E-mail: Vincent.Compere@chu-rouen.fr)

## POINTS ESSENTIELS

- La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des différents acteurs, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.
- La prise en charge ambulatoire ne peut être proposée pour une structure donnée qu'à partir du moment où l'équipe maîtrise déjà totalement l'acte chirurgical en hospitalisation à temps complet. Le principe fondamental de cette sélection reste donc l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas ;
- Alors que la législation précise que l'unité d'hospitalisation ambulatoire doit être distincte des structures traditionnelles et bien identifiée, l'articulation avec le bloc opératoire est laissée au libre choix des centres. Une structure dédiée intégrant unité d'hospitalisation et plateau technique opératoire permettra d'optimiser les différents flux et de tendre vers un modèle idéal.
- Élément central de l'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire, le chemin clinique est défini comme « l'ensemble des étapes clairement identifiées, qui mènent le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'à la réalisation de l'acte ».
- La programmation des patients est une clé essentielle de réussite de la chirurgie ambulatoire. Elle permet de faire arriver les patients de façon échelonnée, de désengorger les flux et de minimiser les temps d'attente.
- L'étape de vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et de faciliter ainsi le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire.

## INTRODUCTION

Née il y a plus d'un siècle en Écosse [1], la chirurgie ambulatoire a connu un développement considérable dans un premier temps aux États-Unis depuis les années 60, puis dans les autres pays occidentaux depuis les années 1970-80 [2]. De nombreuses actions nationales ont été menées ces dernières années permettant d'atteindre en France en 2010 un taux global de 37,7 % (contre 32 % en 2006). La chirurgie ambulatoire a donc progressé globalement, mais principalement sur des gestes ciblés et de manière inégale selon les types de structure et les régions. Si le taux de chirurgie ambulatoire évolue naturellement dans les mêmes proportions, celui-ci avoisinera 45% aux alentours 2016. En comparaison avec les autres pays occidentaux, la France accuse donc un retard dans son recours à cette prise en charge (en 2009, le taux de chirurgie ambulatoire par rapport à l'activité chirurgicale totale était de 43,5 % en Allemagne, 52% en Grande Bretagne et 74 % au Danemark) [3]. Tout l'enjeu du développement de la chirurgie ambulatoire en France pour les tutelles est d'atteindre une cible supérieure à 50 % à l'horizon 2016. Il y a donc une volonté affirmée de changer de paradigme afin que la chirurgie ambulatoire devienne la référence en « ne considérant plus seulement 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 en étendant 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 » (instruction DGOS/R3 n° 2010-457).

La chirurgie ambulatoire est donc un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins, en premier lieu pour le patient, mais également pour les professionnels et les établissements de soins. C'est pour cela que de nombreuses recommandations et synthèses ont été publiées très récemment. L'objectif de cette mise au point est de discuter de l'aspect organisationnel des établissements, et non pas médical, relatif à la chirurgie ambulatoire. Ce texte s'appuie très largement sur 2 textes de référence que sont les Recommandations formalisées d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation et le socle de connaissances qui vient d'être édité conjointement par l'HAS et l'ANAP [2, 4].

## DÉFINITION ET LÉGISLATION

***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.***

La terminologie internationale de *day surgery* a été retenue par l'International Association for Ambulatory Surgery et les synonymes de *ambulatory surgery, same-day surgery et day-only* ont été reconnus [5]. Celle-ci exclut donc une nuit d'hébergement. La chirurgie ambulatoire se différencie donc très clairement des chirurgies dites 1) *extended recovery* également appelées *23 hours, overnight stay, single night*, soit de « 23 heures », ou « séjour d'une nuit » ou 2) *short stay*, soit chirurgie avec une hospitalisation de 24 à 72 heures.

En France, la chirurgie ambulatoire répond à une définition réglementaire (décret n°92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992) qui a évolué avec un décret plus récent du 6 mai 2005 (article D.6124-301 du code de la santé publique). Ces textes viennent en complément de ceux des sociétés savantes [4] et permettent donc de définir la chirurgie ambulatoire comme « l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement ». Ils précisent notamment que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel. Ils indiquent aussi la durée journalière d'ouverture (inférieure ou égale à 12 h) et le nombre et la qualification du personnel (avec la présence minimale permanente d'un IDE pour 5 patients présents et d'un médecin qualifié).

## MODÈLE ORGANISATIONNEL

L'architecture relève du choix organisationnel. L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire doit être dicté par le parcours du patient qui est au centre de l'organisation. La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. L'article D. 6124-301 du Code de la santé publique précise néanmoins que la structure d'hospitalisation doit être distincte des structures traditionnelles. L'articulation avec la zone opératoire est définie dans l'article D. 6124-302 du Code de la santé publique et l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Celle-ci doit notamment pouvoir disposer de moyens propres pour faire face aux risques encourus par le patient. Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement décrits dans la littérature :

- les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire bien que localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires. Il s'agit du modèle le plus ancien et largement prédominant en France
- les structures de fonctionnement autonome disposent de locaux d'accueil et de séjours dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel
- les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire, et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement
- les structures indépendantes (*free standing centers*) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, totalement détachées d'un établissement de soins classiques. Ces structures indépendantes, hors établissement de santé avec hébergement, n'existent aujourd'hui en France que dans le cas où leurs créations résultent d'établissements de santé qui ont fait disparaître leur capacité d'hébergement tout en gardant leur entité juridique.

Quelle que soit l'organisation choisie, l'unité de chirurgie ambulatoire doit avoir la

maîtrise de ses flux (flux logistiques, patients, brancardiers, médecins....) permettant l'optimisation du parcours patient. Les structures satellites ou indépendantes permettront d'approcher au mieux cette gestion des flux.

## LE CHEMIN CLINIQUE

L'acte est identique que l'on soit en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation à temps complet, mais c'est l'organisation autour du patient qui est différente en chirurgie ambulatoire. Élément central de l'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire, le chemin clinique est défini comme « l'ensemble des étapes clairement identifiées, qui mène le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'à la réalisation de l'acte » [2]. C'est une méthode d'amélioration de la qualité des soins qui s'appuie non seulement sur les données de la littérature, mais aussi sur l'observation de la pratique de terrain. Les différentes étapes de la prise en charge doivent être identifiées non seulement en terme de personnel, de ressource, mais aussi d'interfaces. Ces informations doivent être ensuite partagées par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient.

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, les quatre phases principales du chemin clinique sont la période préopératoire, la phase opératoire en elle-même, la phase d'autorisation de sortie et le suivi. Le médecin coordonnateur ainsi que le cadre soignant ont un rôle majeur dans l'organisation optimale de ce chemin clinique.

## LES ÉTAPES PRÉALABLES A L'HOSPITALISATION

Une des clés de la réussite d'une intervention en ambulatoire est la préparation en amont par l'ensemble des professionnels de santé de la prise en charge du patient. Celle-ci a lieu à des étapes précises et prédéfinies. Plusieurs sociétés savantes internationales recommandent qu'elles soient consignées dans un règlement intérieur.

### Éligibilité des patients à la prise en charge ambulatoire

Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte/patient/structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place [4]. Ce dernier point est fondamental et précise que pour un acte donné, l'éligibilité à une prise en charge ambulatoire dépendra tout autant de l'équipe médicochirurgicale et de la structure que du patient. **La prise en charge ambulatoire ne peut être proposée pour une structure donnée qu'à partir du moment où l'équipe maîtrise déjà totalement l'acte chirurgical en hospitalisation à temps complet. Le principe fondamental de cette sélection reste donc l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas [4].**

- ***Critères de sélection médicaux***

Selon les recommandations françaises, les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire [4]. D'autres pays vont jusqu'à élargir les critères aux patients de

statut ASA IV stable [6, 7]. L'obésité n'est pas un facteur d'exclusion de principe à la prise en charge ambulatoire [7, 8].
La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe. Aux âges extrêmes de la vie, la prise en charge ambulatoire doit prendre en compte aussi bien la vulnérabilité du patient que la spécificité de son environnement.
En France, les enfants de plus de 3 mois sont éligibles pour la SFAR [4]. Pour l'ADARPEF, ce délai doit être reporté à 6 mois [9]. En fonction de l'expérience de l'équipe et de la nature de l'intervention, certains patients de moins de 3 mois pour la SFAR et 6 mois pour l'ADARPEF peuvent être inclus après accord préalable entre le médecin anesthésiste-réanimateur et l'opérateur [4, 9].
Le grand âge n'est pas une contre indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle [10].

- ***Critères de sélection chirurgicaux***

Il n'existe pas en France une liste spécifique des gestes qui doivent être réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (la SFAR pense d'ailleurs qu'il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire). Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient [4].
Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes [4].
Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient [4].

- ***Critères de sélection psychosociaux et environnementaux***

Le patient doit avoir accepté la chirurgie ainsi que la prise en charge ambulatoire [11]. Il est donc recommandé par la SFAR de s'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient [4]. Les patients non francophones doivent être accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficier autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue. Les mineurs doivent être accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal. Les patients atteints d'un trouble du jugement doivent être accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations (jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins).

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

[4]. Par contre, il n'est plus obligatoire qu'un accompagnant adulte responsable soit présent au lieu de résidence postopératoire. Ce point doit être évalué en fonction du couple acte – patient et être défini au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place [4]. Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion [4]. Une convention entre établissements peut être formalisée afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire [4].

**Information du patient**

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge [4]. Celle-ci doit être précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge. Il est recommandé par la SFAR que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou partie. De ce fait, il est recommandé que la consultation pré anesthésique soit réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire et soit complétée par un support écrit ou audiovisuel. Cette consultation doit permettre de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient, les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie, les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique, les méthodes d'analgésie post opératoire, les modes de recours en cas d'évènements non prévus et les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.

Cette information permet de préparer le patient à sa prise en charge afin non seulement d'assurer une sécurité médicale maximale, mais aussi le bon déroulement de l'ensemble de la procédure en évitant les annulations, les retards ou les échecs d'aptitude à la rue ou les réhospitalisations [4, 7].

**Planification de la prise en charge ambulatoire**

Lorsque la prise en charge ambulatoire est décidée, il est recommandé de programmer l'intervention en attribuant une date et une heure spécifique au patient. ***La programmation des patients est une clé essentielle de réussite de la chirurgie ambulatoire.*** Elle permet de faire arriver les patients de façon échelonnée et de désengorger les flux. Afin d'éviter tout retard, il est possible de faire arriver les deux premiers patients à la même heure, afin d'éviter qu'un patient ne se présentant pas ou en retard entraîne de dysfonctionnements au bloc opératoire. La programmation doit également permettre de minimiser les temps d'attente. Un système informatique adapté peut être un outil utile à la programmation.

***La vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et faciliter ainsi le bon fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire.***

Enfin, un contact avec le patient doit être établi dans les jours précédant l'hospitalisation par un appel téléphonique permettant de réitérer les consignes, de confirmer l'hospitalisation et ses conditions, afin de limiter les annulations et les retards [4].

## CIRCUIT DU PATIENT LE JOUR DE SON INTERVENTION

Il présente donc peu de spécificité hormis le fait que la succession des étapes de l'accès à la sortie du patient doit être optimisée et maîtrisée pour atteindre une fluidité maximum du flux ambulatoire. Il peut être décrit de la façon suivante :

- Arrivé le jour et à l'heure fixés préalablement, le patient est accueilli au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Un enregistrement administratif est réalisé (il a pu d'ailleurs être anticipé par une préadmission réalisée par l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire quelques jours avant l'hospitalisation)
- Le patient est préparé en vue de son intervention
- Le patient est ensuite transporté vers le bloc opératoire
- Après sa sortie de la salle d'opération, le patient est dirigé vers la salle de soins postinterventionnelle (SSPI). Cette étape était obligatoire en France pour tous les patients bénéficiant d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie locorégionale (article D. 6124-98 du Code de la santé publique). Le Comité Vie Professionnelle de la SFAR propose désormais de court-circuiter le passage en SSPI sous conditions strictes [12]. D'un point de vue technique, il est proposé que le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, si toutes les conditions suivantes sont remplies ; 1) patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré ; 2) chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire (accord chirurgical) ; 3) utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication peranesthésique, ni sédation ; 4) respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur ; 5) critères de sortie de SSPI remplis ; 6) notation de ces critères dans le dossier médical ; 7) décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin. Il apparaît par ailleurs indispensable qu'une procédure soit écrite au niveau de l'établissement, détaillant le type de patients, le type de bloc nerveux, le score de sortie utilisés.
- Les signes de récupération constatés, le patient peut être reconduit dans l'unité de chirurgie ambulatoire, sous la surveillance du personnel soignant, pendant toute la période de réhabilitation.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur autorise la sortie du patient en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention (article D. 6124-101 du Code de la santé publique). La décision d'aptitude à la rue peut s'appuyer sur un score qui est le PADSS modifié (*PostAnesthetic Discharge Scoring System*) [13]. Celui-ci permet de fournir une

donnée objective, indépendante de l'appréciation subjective du soignant.

Un point de discussion important reste la responsabilité médicale concernant la prise de décision d'aptitude à la rue. La SFAR précise que « l'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes » [4]. La double signature médecin anesthésiste-réanimateur/chirurgien n'est donc pas obligatoire, mais en termes de responsabilité, elle doit rester la norme.

- Chaque patient reçoit avant son départ un compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie, définis réglementairement par l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique et signé par l'un des médecins, mentionnant les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins et indiquant un numéro d'urgence à joindre.
- En cas d'échec à l'aptitude à la rue, un lit d'aval en unité d'hospitalisation à temps complet doit être très rapidement accessible.

## LA CONTINUITÉ DES SOINS A DOMICILE

La continuité des soins est nécessaire. En France, dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure (article D. 6124-304 du Code de la santé publique).

La coordination dans le cadre de la continuité des soins doit également se faire avec la médecine de ville. L'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire peut organiser, en amont, en collaboration avec la médecine de ville, le retour au lieu de résidence du patient et le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

La procédure de l'appel du lendemain, recommandée, permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une réhospitalisation. Dans tous les cas, l'organisation mise en place doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical.

## LES INDICATEURS

Ces indicateurs vont pouvoir non seulement répondre à l'exigence de transparence demandée par les usagers, mais aussi permettre l'amélioration de l'efficience de la structure tout en fournissant aux établissements de santé de nouveaux outils de pilotage de la qualité. Enfin, ces indicateurs rentrent totalement dans une démarche d'analyse et de maitrise des risques de l'activité ambulatoire en s'interrogeant sur le fonctionnement de l'organisation et de ses interfaces. Il est souhaitable de définir des indicateurs d'analyse et de pilotage adaptés à la structure et d'établir des tableaux de bord de suivi : qualité des soins, satisfaction des patients, satisfaction des acteurs internes et externes à la structure, suivi des actes, données médicoéconomiques [4]. De nombreux tableaux de bord existent et il ne s'agit pas ici de les

décrire. Les indicateurs indispensables à intégrer sont :

- Le suivi des annulations
- Le suivi de la traçabilité de la douleur
- La réalisation au bloc opératoire de la *Check List* HAS
- Le taux de conversion en hospitalisation à temps complet
- Le taux de réhospitalisation
- Le rappel téléphonique du lendemain
- La satisfaction du patient et des soignants

## CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire doit devenir la norme en termes de prise en charge chirurgicale entraînant un véritable changement de paradigme dans les années qui viennent. 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. La maîtrise du chemin clinique du patient dans une structure qui, idéalement, est totalement dédiée à la chirurgie ambulatoire, permet d'arriver au niveau de prise en charge requise pour répondre à cette définition.

## RÉFÉRENCES


1. Nicoll JH. The surgery of infancy. Br Med J, 1909. 2: 753-5.
2. Socle de connaissances. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. HAS; ANAP, 2012.
3. Toftgaard C. Day Surgery Activities 2009 International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. Ambul Surg, 2012. 17: 53-63.
4. Recommandations formalisées d'expert. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. SFAR, 2009.
5. International Association for Ambulatory Surgery (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London, 2003.
6. Australian day surgery concil. Day surgery in Australia. Reports and recommendations of the australian surgery concil. . Melbourne: ADSC, 2004.
7. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia. 66: 417-34.
8. Davies KE, Houghton K, Montgomery JE. Obesity and day-case surgery. Anaesthesia, 2001. 56: 1112-5.
9. Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française. Conseil national de la chirurgie de l'enfant. Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans). Recommandations. ADARPEF; CNCE, 2008.
10. White PF, et al. Review article: perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. Anesth Analg. 114:1190-215.
11. Socle de connaissances "Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire". HAS; ANAP, 2012.

12. Comité Vie Professionnelle. Conditions et modalités pratiques de transfert direct d'une salle interventionnelle vers une unité d'hospitalisation ambulatoire ou une unité d'hospitalisation classique pour des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale périphérique sans sédation. SFAR, 2011.
13. Marshall S.I, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. Anesth Analg, 1999. 88: 508-17.