

ORGANISATION DE L'ANESTHESIE AMBULATOIRE A L'HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU

Sophie NGUYEN-ROUX

Service d'Anesthésie-Réanimation - Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires
Hôpital Européen Georges Pompidou , Paris

Le développement de la chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle constitue un objectif prioritaire de santé publique. Les conclusions de l'enquête nationale sur ce sujet, menée par les 3 caisses principales d'assurance-maladie (Caisse Nationale d'Assurance-Maladie CNAM, Mutualité Sociale Agricole et Assurance Maladie des Professions Indépendantes) sont à cet égard édifiantes [1].

Notre pays confirme son important retard au développement ambulatoire, déjà mis en évidence par l'étude conjointe IAAS (International Association for Ambulatory Surgery)-AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire) en 1997 : seulement 25 % à 30% des actes chirurgicaux sont pratiqués en France selon un mode ambulatoire [2].

Pourtant, le recueil du point de vue des professionnels de santé (directeur d'établissement, président de CME, coordonnateur d'unité, cadre de soins infirmiers) fait apparaître de multiples intérêts dans ce développement ambulatoire : le confort du patient (80% réponses), la maîtrise des dépenses de santé (60%), l'image de marque de la structure (50%), et l'amélioration de l'organisation du travail du personnel médical et paramédical (40%).

La CNAM s'est par ailleurs intéressée à la relation existante entre l'évolution de la chirurgie classique (c'est-à-dire la chirurgie programmée, en dehors de l'urgence, et en hospitalisation conventionnelle) et le développement de la chirurgie ambulatoire. L'étude montre que ceux qui ont développé l'ambulatoire (secteur privé sous Objectif Quantifié National -OQN-) ont augmenté leur activité chirurgicale. La Picardie fait partie avec l'Alsace et la région Rhône-Alpes des 3 régions qui ont connu une forte augmentation (plus de 20%) de leur activité chirurgicale. Cette évolution est liée au développement ambulatoire (+18% à +65%), qui se traduit par une progression de l'hospitalisation conventionnelle (+20% à +30%).

Organisation générale de l'unité ambulatoire

2 types de structures ambulatoires existent :

-l'unité intégrée :elle partage le secteur opératoire et la SSPI avec l'hospitalisation conventionnelle

-l'unité autonome (ou satellite) :elle assure dans le cadre d'un site propre l'ensemble de la prise en charge ambulatoire : accueil-secretariat, consultation d'anesthésie, secteur opératoire, SSPI et salle de repos. L'Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires de l'HEGP répond à ce second modèle d'organisation.

L'UACA de l'HEGP est ouverte depuis octobre 2001.

Elle dispose de 8 places autorisées, permettant de réaliser $8 \times 365 = 2920$ actes par an.

L'UACA fonctionne sur la base d'un règlement intérieur. Ce document reprend les obligations légales imposées par 2 décrets : le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992, « relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins

alternatives à l'hospitalisation », et le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994, « portant sur les conditions techniques de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ».

Le règlement intérieur comporte notamment les chapitres « principes généraux du fonctionnement médical de la structure », « organisation générale des présences et permanences des personnels médicaux et paramédicaux », « circuit du patient », et « permanence et continuité des soins ».

La structure est ouverte de 7h00 à 18h00, dans la durée légale imposée inférieure à 12 heures journalières, du lundi au vendredi inclus, sauf les week-ends et jours fériés.

Le tableau prévisionnel des interventions ambulatoires, établi au niveau des consultations chirurgicales, est faxé à l'UACA chaque mercredi. Le programme opératoire définitif est réalisé le jeudi, en fin de matinée : ce programme fixe la liste et l'ordre définitif de passage des patients, en fonction de l'acte chirurgical (durée, caractère propre ou septique du geste opératoire), de l'état de santé du patient et du type d'anesthésie prévu.

L'activité de l'UACA est organisée sur la base de vacations opératoires, qui débutent à 8h00 et se terminent à 13h30. Chaque vacation est idéalement occupée par un seul opérateur d'une même discipline, de manière à limiter la perte de temps engendrée par le changement d'intervenant.

L'UACA est une structure multidisciplinaire, à laquelle participent des disciplines chirurgicales (orthopédie, gynécologie, chirurgie vasculaire périphérique, chirurgie générale et digestive, chirurgie thoracique) et des disciplines médicales (orthogénie, phlébologie, oncologie, unité douleur).

Le circuit du patient ambulatoire

Il commence à la consultation chirurgicale. Celle-ci doit valider les critères chirurgicaux d'inclusion à la procédure. Ces critères sont issus des « Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire » publiées par la SFAR (groupe de travail du Pr A. LIENHART) en 1990 et révisées en 1994 [3] :

- chirurgie programmée
- durée inférieure à 1h30
- morbidité post-opératoire faible (douleur, hémorragie, infection)
- peu d'effets secondaires (nausées, vomissements)
- suites simples pour une prise en charge à domicile

La consultation d'anesthésie pour chirurgie ambulatoire est spécifique.

Elle est réalisée dans les locaux-mêmes de l'UACA, indépendamment de la consultation générale d'anesthésie de l'établissement, par un médecin anesthésiste attaché à la structure. Cette consultation « sur place » permet en outre au patient de reconnaître les lieux et de faciliter son admission le jour de l'intervention (pré-admission faite, moins de stress, moins de retard).

Elle présente 2 particularités.

La première particularité est la vérification que le patient répond bien aux critères de sélection ambulatoire, médicaux et psycho-sociaux.

Les 3 principaux critères d'exclusion anesthésiques à la procédure ambulatoire sont :

- la classe ASA 3 non équilibrée, ou 4

- l'obésité morbide accompagnée de problèmes cardiaques et/ou respiratoires, corrélée à un Body Mass Index (BMI) supérieur à 40 [4]
- le Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), authentifié par un enregistrement polygraphique nocturne

Les critères psycho-sociaux d'inclusion doivent être remplis :

- compréhension orale et écrite des instructions pré-opératoires
- absence d'anxiété excessive
- compliance du patient
- conditions de logement correctes
- entourage prévu pour le retour à domicile et la surveillance de la première nuit
- téléphone
- distance du domicile à un centre de soins inférieure à 1heure.

L'information du patient sur les précautions particulières liées au mode de prise en charge ambulatoire constitue la seconde particularité de la consultation d'anesthésie. Les précautions sont pré-opératoires (consignes de jeûne, modifications concernant les traitements personnels, préparation cutanée – protocole validé par le CLIN de l'établissement -) et post-opératoires (retour accompagné, règles hygiéno-diététiques, pas d'auto-médication). Un consensus médical existe pour que ce document de recommandations pré-anesthésiques soit signé par le patient. Bien que sans valeur médico-légale, la signature du document par le patient a pour intérêt de faire prendre conscience de l'importance des consignes édictées.

La veille de l'intervention, le patient doit appeler l'UACA. Le secrétariat vérifie l'absence de modification de l'état de santé depuis la consultation d'anesthésie, rappelle les consignes de jeûne pré-opératoire et de préparation cutanée, et enfin donne au patient son heure de convocation pour le lendemain.

La visite pré-opératoire est faite par le médecin anesthésiste en charge du patient, lorsque celui-ci est installé en salle d'attente pré-opératoire, dans la demi-heure qui précède le moment de passage au bloc.

Le protocole anesthésique est dans 70% des cas une anesthésie générale, et 30% des cas une anesthésie loco-régionale.

La surveillance post-opératoire en SSPI n'a rien de spécifique. La validation des critères de sortie (score d'ALDRETE modifié [5]) permet au patient de quitter la SSPI pour la salle de repos. Pour le patient qui satisfait à certains critères de réveil réunis dans le score d'ALDRETE dès la sortie de la salle d'opération, on pourrait envisager son transfert direct bloc-salle de repos : c'est le « fast-tracking » [6] [7] [8], qui n'est pas encore institué dans notre unité.

La surveillance se continue en salle de repos (Salle d'Aptitude à la Rue - SAR) jusqu'à la sortie du patient : récupération totale de l'autonomie, levée de bloc, contrôle de la douleur et des nausées-vomissements post-opératoires (NVPO), reprise de l'alimentation. La surveillance médicale est complétée par une éducation du patient sur les soins locaux à poursuivre à domicile : ce temps d'éducation est fondamental, sous la responsabilité de l'infirmière de la SAR.

Le patient doit satisfaire aux critères de sortie détaillés dans le score de CHUNG [9] 10]. Sa sortie est alors signée de façon conjointe par l'anesthésiste et le chirurgien (ou son délégué).

La sécurité dans la procédure ambulatoire

L'ambulatoire est une modalité d'organisation des soins centrée sur le patient, dont la prise en charge dans le temps imparti de 12h maximum doit être optimisé :

- « zero defect »
- récupération rapide de l'autonomie
- sortie sans risque ni inconfort majorés

Sécurité est un maître mot de l'ambulatoire. Elle est assurée par 3 procédures.

La première procédure de sécurisation du processus ambulatoire est la possibilité pour le patient rentré à son domicile de joindre l'équipe médicale de l'établissement : soit le chirurgien d'astreinte dans la discipline concernée, soit l'anesthésiste de garde en SSPI 24h qui dispose de la liste des interventions ambulatoires du jour (coordonnées du patient, type d'intervention et d'anesthésie, remarques sur le déroulement de la journée).

La seconde procédure est l'hospitalisation en cas de nécessité (« unanticipated admission »). Le taux d'hospitalisations secondaires varie de 1% à 11% selon les centres considérés [11]. L'hospitalisation peut être rendue nécessaire en raison de la survenue d'une complication chirurgicale (saignement, nécessité d'une chirurgie plus extensive que celle initialement programmée, sepsis, complication plus spécifique du type de chirurgie...), d'une complication médicale (sommolence, vertiges, douleur non contrôlée, NVPO...), ou d'une complication psycho-sociale (absence d'accompagnant pour le retour ou absence de surveillance à domicile).

L'UACA de l'HEGP affiche un taux d'hospitalisations secondaires de 1,5%.

La troisième procédure de sécurisation du processus ambulatoire est le questionnaire téléphonique du lendemain. A moins que le patient, au moment de sa sortie, exprime clairement son refus de l'appel téléphonique du lendemain, il est joint par l'infirmière de l'unité dans la matinée qui suit l'intervention. Les items de ce questionnaire téléphonique sont regroupés en plusieurs chapitres :

- informations concernant le retour à domicile
- désagréments ressentis par le patient : vertiges, malaise, somnolence, nausées-vomissements, maux de gorge
- niveau de douleur (Echelle Verbale Simple) : zone opérée, zone de perfusion , douleurs musculaires
- pansement : présence de sang, œdème
- reprise de l'autonomie : aide nécessaire, alimentation, activité

La démarche qualité

Les démarches d'amélioration continue des prestations offertes portent sur 3 points :

-le relevé et l'analyse des indicateurs médicaux validés par le Groupe Qualité de l'AFCA (juin 1998) [12].

-l'analyse des dysfonctionnements : elle est faite au sein de l'équipe, à l'occasion de réunions non formelles et non formalisées pour le moment.

-l'analyse des résultats du baromètre de satisfaction :

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à son départ, rempli au domicile et renvoyé au Département Qualité de l'établissement. L'analyse de ce questionnaire est faite à

date régulière semestrielle, par le médecin coordonnateur et le cadre infirmier de la structure d'une part, et le correspondant médical du Département Qualité d'autre part.

Conclusions

Le frein essentiel au développement de la chirurgie ambulatoire est la difficulté de changer les mentalités culturelle et de comportement des soignants. C'est ce que met en évidence le potentiel ambulatoire de substitution.

La nouvelle tarification à l'activité va permettre la promotion de la chirurgie ambulatoire comme chirurgie simple, bien rémunérée, permettant de pouvoir financer les autres activités hospitalières.

« organisation rigoureuse », « activité planifiée rigoureusement », « évaluation de l'organisation et des pratiques avec un suivi par indicateur d'activité » font que l'activité de chirurgie ambulatoire est une référence, car elle repose sur réelle mutualisation, des prises en charge de qualité et l'existence d'indicateurs d'activité, de qualité et de pratique : c'est le constat des experts-visiteurs de l'ANAES (HEGP-novembre 2004).

Références

- [1] PNIR (Programme National InterRégimes) 2001-2004 – Enquête nationale chirurgie ambulatoire
- [2] **De Lathouwer C., Poullier J.P.** - How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends. In : *Ambul.Surg.* , 2000 ; 8 : 208
- [3] **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** – recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, 1990
- [4] **Davies K.E., Houghton K., Montgomery J.E.** – Obesity and day-case surgery. In : *Anesthesia* , 2001 ; 56 : 1112-1115
- [5] **Aldrete J.A., Kroulik D.** – The post-anesthesia recovery score revisited. In : *J. Clin. Anesth.*, 1995 ; 7 : 89-91
- [6] **Van Vlymen J.M., White P.F.** – Fast-track concept for ambulatory anesthesia. In : *Current Opinion in Anesthesiology*, 1998 ; 11 : 607-613
- [7] **White P.F., Fanzca, Dajun Song** – New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia ; a comparison with the modified Aldrete's scoring system. In : *Anesth Analg*, 1999 ; 88 : 1069-1072
- [8] **Joshi G.P., Terwsky R.S.** – Fast-tracking in ambulatory surgery. In : *Ambul. Surg.* , 2000 ; 1-8(4) : 185-190

[9] **Chung F., Vincent W.S. Chan, Dennis O.** – A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. In : Journal of Clinical Anesthesia 1995 ; 7 : 500-506

[10] **Chung F.** – Recovery pattern and home readiness after ambulatory surgery. In : Anesth Analg 1995 ; 80 : 896-902

[11] **Morales R., Esteve N., Casa I., Blanco C.** – Why are ambulatory surgical patients admitted to hospice ? prospective study. In : Ambul. Surg., 2002 ; 9 : 197-205

[12] **Jouffroy L., Parmentier G., Ricour L.** – les indicateurs médicaux en chirurgie ambulatoire. In : AFCA 2000 ; 423-448