



Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017 ?

Pr M. BEAUSSIER (Bordeaux)

Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017 ?

From 2009 to 2017, what changes have been made in French guidelines for ambulatory anaesthesia?

Marc Beaussier*, Comité ambulatoire de la SFAR,
Aline Albi-Feldzer, **Sébastien Bloc**,
Marie-Pierre Charriot, **Vincent Compère**,
Christophe Dadure, **Laurent Delaunay**,
Nicolas Dufeu, **Michel Fiani**, **Elisabeth Gaertner**,
Thomas Lanz, **Didier Sciard**, **Didier Sirieix**,
François Sztark, **Nathalie Vialles**

*Département d'anesthésie, unité de chirurgie ambulatoire, institut mutualiste Montsouris,
42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France*

MOTS CLÉS

Anesthésie
ambulatoire ;
Chirurgie
ambulatoire ;
Recommandations
formalisées d'experts

Résumé Depuis la parution des recommandations formalisées d'experts éditées par la Société française d'anesthésie-réanimation en 2009, la prise en charge ambulatoire des patients pour des actes invasifs a évolué. Le pourcentage de prise en charge ambulatoire a été fixé à 66 % au niveau national. Les actes pratiqués sont plus nombreux et des patients ayant des comorbidités sont devenus éligibles à la prise en charge ambulatoire. Le parcours soignant nécessite un contact encore plus étroit avec le patient en préopératoire, incluant les ordonnances pré-établies, les nouvelles règles du jeune préopératoire et le maintien d'un contact postopératoire au moyen des outils modernes de communication. Pour des interventions ciblées, le parcours patient peut éviter le passage en salle de surveillance post-interventionnel.

Les « Recommandations formalisées d'experts » concernant la pratique de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoire ont été le fruit d'un travail collectif et collaboratif remarquable [1]. Il s'agissait du premier document de ce type en français, alliant des recommandations organisationnelles et médicales et inscrivant la prise en charge ambulatoire dans une logique d'innovation. De nombreux dogmes, solidement ancrés dans nos pratiques cliniques malgré l'absence de support scientifique solide, ont été rediscutés et remis en cause. Les RFE de 2009 sont encore considérées comme une référence et servent de socle dans les travaux de toutes les sociétés savantes sur la chirurgie ambulatoire. Elles restent totalement valides et encore insuffisamment appliquées dans de nombreux établissements. Ainsi, il n'apparaît pas justifié d'entreprendre une actualisation formelle de ce document. L'objectif de ce texte se limite donc à une réflexion des membres du Comité ambulatoire de la SFAR sur certains points nécessitant une clarification ou ayant été éclairé par des publications récentes.

Depuis 2009, plusieurs éléments ont changé le contexte de la pratique de la chirurgie ambulatoire en France

Les ambitions chiffrées de développement de la chirurgie ambulatoire ont été fixées par les tutelles à 66 % à l'horizon 2020, ce qui va nécessiter une dynamique très forte de tous les établissements et un transfert vers une prise en charge ambulatoire d'actes chirurgicaux lourds et innovants sur des parcours plus sophistiqués [2].

Le nouveau décret 2012-969 du 20 août 2012 [3] a modifié et précisé certains aspects réglementaires. Il en est ainsi nécessaire d'identifier les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) avec une charte de fonctionnement propre, et de redéfinir la prise en charge qui doit être limitée à 12 h indépendamment des horaires d'ouverture de la structure. De même, les obligations de ratio IDE/place ont été abolies. La distinction spatiale et organisationnelle entre hôpitaux de jour et unités de chirurgie ambulatoire a été clairement écrite. Enfin, une ambiguïté demeurait quant au caractère dédié des structures et du personnel prenant en charge les

patients de chirurgie ambulatoire, ce qui a entraîné un rappel sous forme d'une lettre circulaire aux ARS précisant que :

- « le décret maintient l'obligation d'une équipe médicale et paramédicale dédiée pour la chirurgie ambulatoire, la seule mutualisation possible en chirurgie ambulatoire concernant les personnels de bloc opératoire » ;
- « le décret prévoit explicitement que les structures de chirurgie ambulatoire font l'objet d'une organisation spécifique qui permet au patient de rejoindre sa résidence le jour même de son admission et qu'elles disposent de « locaux dédiés » à la chirurgie ambulatoire (c'est-à-dire ne pouvant être utilisés pour une hospitalisation complète de chirurgie) » ;
- la création du Comité ambulatoire de la SFAR souhaitant porter la voix de l'anesthésie auprès des instances et des sociétés savantes de chirurgie, et travailler aux problématiques spécifiques de notre discipline dans cette prise en charge. L'enquête OPERA sur les pratiques nationales en chirurgie ambulatoire a apporté de nombreuses informations sur les caractéristiques des UCA, leur gouvernance et leurs organisations, ainsi que sur les pratiques médicales concernant la prise en charge de la douleur et des NVPO et la prophylaxie thrombo-embolique [4]. Le Comité ambulatoire a travaillé sur l'élaboration des recommandations pour l'ambulatoire avec la Société française d'urologie. Un travail est actuellement entrepris en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens et la Société française de pharmacologie clinique sur la prescription des antalgiques morphiniques à domicile après chirurgie ambulatoire,
- la publication des recommandations organisationnelles ANAP/HAS, reprenant certains éléments de la RFE SFAR 2009, mais allant plus en loin sur l'intérêt des aspects dédiés du parcours patients et les méthodes de gestion des flux [5]. Outre le fait qu'il améliore le confort du patient, le caractère dédié du parcours ambulatoire garantit une organisation optimale (pas de télescopage avec l'activité conventionnelle), permet d'optimiser les flux (pas d'attente, interventions plus homogènes), de réduire les délais entre interventions (procédures homogènes, matériel standards) et de fonder la culture ambulatoire dans les établissements les moins avancés,
- la circulaire HAS/ANAP 2016 sur les indicateurs de performance [6] liste les étapes de la prise en charge sur lesquelles une réflexion doit être portée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. Ces indicateurs rentreront, après une phase expérimentale, dans les critères IPAQSS.

Liste des actes réalisables en ambulatoire

Les recommandations 2 et 3 du texte publié en 2009 insistent sur le fait qu'il n'existe pas de liste réglementaire d'actes et que c'est uniquement sur des critères locaux que le choix des actes éligibles à la prise en charge ambulatoire doit être fait, par décision collégiale prenant en compte l'organisation des structures et l'expérience des équipes anesthésiques et chirurgicales.

Depuis la rédaction des RFE, une liste d'actes dits « marqueurs » a été établie, comprenant actuellement 55 actes, définis par les collégiales de chirurgie comme pouvant être réalisés en ambulatoire. Cette liste amenée à s'élargir sert de base aux procédures de Mises sous accord préalable (MSAP). Rappelons que la MSAP consiste à postuler que la prise en charge d'un acte chirurgical se fait a priori en ambulatoire sauf conditions dument argumentées, pour donner lieu à un remboursement par la CNAM. La MSAP est souvent transitoire dans un établissement donné et à pour vocation d'être incitative à la prise en charge ambulatoire de certains actes reconnus comme pouvant bénéficier sans ambiguïté du régime de l'ambulatoire. Une autre approche du calcul du taux de transférabilité passe par un calcul basé sur la DMS et les niveaux de sévérités, et non plus sur les actes [7]. Un pourcentage de transférabilité est ainsi calculé en fonction de ces 2 critères. Cette méthode présente l'intérêt de s'adapter aux pratiques propres à chaque établissement. Enfin, la suppression depuis deux ans des « bornes basses » implique que le tarif de remboursement d'un acte éligible à l'ambulatoire est le même que la prise en charge soit ambulatoire ou conventionnelle.

Patients ASA 4 en chirurgie ambulatoire

La recommandation n° 7 précise que la chirurgie ambulatoire est accessible aux « patients ASA 1, 2 et même 3 stables ». Cette recommandation part du principe que la prise en charge ambulatoire bénéficie aux patients les plus fragiles, sous réserve qu'ils puissent comprendre les enjeux, les risques et les informations liées à leur prise en charge ambulatoire. Elle facilite la gestion des médicaments, évite la déstabilisation liée à l'extraction du cadre de vie habituel et limite les risques associés à l'hospitalisation.

Dans cette logique, il devient normal de considérer que des patients ASA 4 puissent accéder à l'ambulatoire pour certaines interventions comme la pose de dispositifs intra-veineux de longue durée.

La problématique de l'accompagnant

Il existe dans les recommandations 11 et 12 une confusion entre l'accompagnant sur le trajet du retour à domicile et l'accompagnant à domicile qui passe la première nuit avec le patient.

L'accompagnant sur le trajet du retour à domicile reste une recommandation forte qui correspond aux pratiques internationales et s'appuie sur des publications soulignant le risque de laisser un patient sortir seul de l'hôpital après chirurgie ambulatoire [8]. L'accompagnement du patient sur

le trajet de retour s'entend de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au domicile. C'est-à-dire que si un taxi est choisi comme mode de transport, le chauffeur ne doit pas laisser le patient sur un trottoir, même à proximité du lieu de sa résidence. La possibilité de sortie sans accompagnant peut être envisagée uniquement dans le cadre d'actes mineurs réalisés sous anesthésie locale stricte et sans sédation. Dans tous les autres cas, la sortie sans accompagnant est fortement déconseillée.

Il en est autrement pour ce qui concerne l'accompagnant au domicile du patient qui reste une décision au « cas par cas » en fonction des risques associés à l'acte chirurgical, au statut médical du patient et à ses conditions de vie. La décision de retour au domicile lorsque le patient vit seul, doit être prise de façon collégiale entre le patient et ses soignants.

Qu'en est-il des règles de jeûne et de la reprise postopératoire des boissons ?

Il n'existe pas de spécificité concernant les règles de jeûne en chirurgie ambulatoire [9]. En absence d'altération de la vidange gastrique, la prise de liquide clair (eau, café, thé, jus de fruit sans pulpe et boissons sucrées non gazeuses) est permise jusqu'à 2 heures avant une anesthésie. Les solutions de préparation colique sont assimilées à des liquides clairs et répondent donc au même délai de jeun que ces derniers [10]. Le délai entre la dernière prise alimentaire pour les autres aliments liquides ou solides et l'anesthésie doit être de 6 heures. Il pourrait même être prolongé jusqu'à 8 heures lorsqu'il s'agit d'aliments gras, fris ou pour la viande. La prise de solution enrichie en carbohydrate est permise jusqu'à deux heures avant l'anesthésie. Des données récentes, obtenues chez des volontaires sains après un jeûne solide de 6 h, montrent que la prise de 175 mL de lait non écrémé à 20 % ou 50 % n'augmente pas le résidu gastrique mesuré en RMM 2 heures plus tard, par rapport à un groupe témoin [11].

En l'absence de troubles de la déglutition, la reprise postopératoire d'une alimentation liquide par de l'eau doit se faire dès que le patient le souhaite sans qu'il existe un délai minimum à respecter après la fin de l'anesthésie.

Le contact préopératoire avec le patient

La recommandation n° 24 des RFE mentionne qu'un contact doit être pris avec le patient dans les jours précédant l'acte. Ce contact permet d'anticiper les annulations de dernières minutes, de vérifier la compréhension et de rappeler les consignes de sécurité (règles de jeûne, préparation cutané) et l'heure de convocation. C'est une recommandation formelle d'organisation [12]. Avec le développement de l'ambulatoire, ce contact mobilise des ressources humaines et n'est pas d'une très grande fiabilité lorsque les échanges sont téléphoniques (difficultés à joindre les patients, mauvaise compréhension des termes employés). De plus, le contact téléphonique ne laisse pas de trace de l'information délivrée. Ces arguments poussent au développement de

techniques automatisées de contact. Le développement de plateformes téléphoniques automatisées recontactant les patients avec un système interactif a été testé [13]. Dans ce travail prospectif randomisé, ce contact préopératoire réalisé entre le 3^e et le 7^e jour préopératoire n'a pas permis de réduire l'incidence d'annulation de dernière minute (aux alentours de 5 %). Cette étude a par ailleurs montré que 28 % des patients n'avaient pas réalisé les examens complémentaires demandés (par le chirurgien et l'anesthésiste) et que 20 % d'entre eux n'avaient pas compris les consignes de jeûne.

Le « SMS interactif » présente l'intérêt d'un meilleur taux de contact car les patients y répondent plus vite et plus facilement qu'au téléphone. De plus, il a été montré qu'il améliorerait significativement le respect des consignes préopératoires par rapport à l'appel téléphonique [14]. Enfin, il laisse une trace écrite de l'information et de la validation des patients.

Infirmière coordinatrice

La réussite de la prise en charge ambulatoire est conditionnée à une information préopératoire très complète, une compréhension du patient et des accompagnants sur les consignes et les risques, et enfin à la cohérence du parcours de soins. L'infirmière coordinatrice a donc un rôle très important à jouer dans ce processus. Ce poste, qui est parfois mutualisé avec le suivi des procédures de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est un facteur déterminant du développement de la chirurgie ambulatoire dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins, notamment pour les patients les plus fragiles (sujets âgés) [15].

Rachianesthésies de courtes durées

La recommandation n° 29 stipule qu'« il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient ». En effet, la bupivacaïne, utilisée jusqu'alors avait une durée d'action assez élevée, pouvant entraîner un bloc moteur prolongé, ralentir la déambulation du patient et exposer au risque de rétention urinaire.

La mise à disposition de molécules utilisables en rachianesthésie, telles que la pilocaïne [16] ou la 2-chloroprocaine [17], permettant une levée du bloc moteur et un retour à la déambulation beaucoup plus rapides qu'avec la bupivacaïne offre une meilleure possibilité d'adaptation de la technique de rachianesthésie au contexte de l'ambulatoire [18].

Ordonnances antalgiques

La prescription d'antalgiques de palier 3 (opiacés) va devenir de plus en plus fréquente compte tenu de l'élargissement des indications de la chirurgie ambulatoire vers des actes de plus en plus lourds. Cette prescription pose de nombreux problèmes. La prescription anticipée conduit à la constitution de stocks qui posent des problèmes de santé publique. La délivrance postopératoire est

également difficile car certaines officines ne disposent pas de réserves. Un travail du Comité ambulatoire de la SFAR avec l'Ordre des pharmaciens et la Société française de pharmacologie clinique est en cours sur ce sujet.

Gestion des cathéters analgésiques à domicile

Certaines interventions, principalement en chirurgie orthopédique, requièrent la pose d'un cathéter analgésique afin de prolonger la durée du bloc sensitif et d'éviter une recrudescence de la douleur à la levée d'un bloc effectué avec une injection unique.

La gestion de ces dispositifs est parfois délicate et anxiogène pour le patient, comme cela a été montré récemment [19]. Le suivi à domicile de ces cathéters par des IDE libérales et/ou appartenant à un réseau de soin est une réponse à cette préoccupation. De plus, en 2012, une note de l'ANSM a précisé les conditions d'utilisation à domicile de la ropivacaïne 2 mg/mL, stipulant que l'analgésie postopératoire par cathéter péri-nerveux en ambulatoire nécessitait une surveillance par une infirmière durant 48 à 72 h [20].

« Bypass » de la SSPI

Dans le souci permanent de rendre le parcours ambulatoire plus fluide et plus rapide, il a été suggéré que les patients opérés sous anesthésie locale ou locorégionale sans sédation et ayant les critères de sortie de SSPI en sortie de bloc opératoire pourraient ne plus passer par cette étape [21]. Une expérience française relate la « faisabilité » d'une telle procédure [22]. Cette procédure de « bypass », qui ne correspond pas aux obligations fixées par le décret d'anesthésie de 1994, ne peut être recommandée à l'heure actuelle [23,24]. Toutefois, il est évident que l'admission d'un patient qui ne le justifie pas dans une SSPI « conventionnelle » peut être source de désorganisation et d'inconfort. Après chirurgie ambulatoire, de nombreux patients pourraient séjourner dans un espace de surveillance plus adapté à leurs conditions médicales et aux très faibles risques auxquels ils sont exposés. Conscient de ce problème, la SFAR travaille en lien avec les pouvoirs publics pour amender le décret sur cette question et permettre sous certaines conditions d'autoriser le « bypass » de la SSPI dans un cadre légal.

Conclusion

Si les RFE de 2009 restent parfaitement valides, et même encore insuffisamment appliquées, une actualisation est justifiée par l'évolution du contexte global de développement de la chirurgie ambulatoire et de certains aspects techniques.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] SFAR. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire; 2009 <http://www.sfar.org/article/207/prise-en-charge-anesthésique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire-rfe-2009>.
- [2] DGOS. Instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015–2020; 2015 <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=40158>.
- [3] DGOS. Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation; 2012 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>.
- [4] Albaladejo P, Aubrun F, Samama M, et al. The structure, organisation and perioperative management of ambulatory surgery and anaesthesia in France: methodology of the SFAR-OPERA study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2016;29.
- [5] HAS. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Recommandations organisationnelles; 2013 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf.
- [6] HAS. IPAQSS 2016 : expérimentation des indicateurs de processus et de résultats en « Chirurgie ambulatoire »; 2016 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/ipaqss-2016-experimentation-des-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire.
- [7] Rapport IGAS/IGF. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France; 2014 http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-Rapport.pdf.
- [8] Chung F, Assmann N. Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort. *Anesth Analg* 2008;106:817–20 [table of contents].
- [9] Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010;28:556–69.
- [10] Johnson D, Barkun A, Cohen L, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc* 2014;80:543–62.
- [11] Larsen B, Larsen L, Sivesgaard K, Juul S. Black or white coffee before anaesthesia?: a randomised crossover trial. *Eur J Anaesthesiol* 2016;33:457–62.
- [12] HAS. Chirurgie ambulatoire — Grille de contrôle interne; 2016 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/grille_controle_interne_chir_ambu.pdf.
- [13] Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, et al. Assessment of a standardized pre-operative telephone checklist designed to avoid late cancellation of ambulatory surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2016;11(2).
- [14] Boucon J, Marchand-Maillet F, Sciard D, Beaussier M. Efficacité de l'automatisation du rappel des consignes pré-opératoires par SMS à j–1 en chirurgie ambulatoire. In: Congrès national SFAR. 2015. p. R019.
- [15] Tappen R, Muzic J, Kennedy P. Preoperative assessment and discharge planning for older adults undergoing ambulatory surgery. *AORN J* 2001;73:464–7.
- [16] Boublik J, Gupta R, Bhar S, Atchabahian A. Prilocaine spinal anesthesia for ambulatory surgery: a review of the available studies. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2016;2.
- [17] Goldblum E, Atchabahian A. The use of 2-chloroprocaine for spinal anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013;57:545–52.
- [18] Camponovo C, Wulf H, Ghisi D, et al. Intrathecal 1 % 2-chloroprocaine vs. 0.5 % bupivacaine in ambulatory surgery: a prospective, observer-blinded, randomised, controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:560–6.
- [19] Marhofer P, Anderl W, Heuberger P, et al. A retrospective analysis of 509 consecutive interscalene catheter insertions for ambulatory surgery. *Anaesthesia* 2015;70:41–6.
- [20] ANSM. Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de ropivacaïne 2 mg/mL, solution injectable en poche (Naropeine et génériques) dans le cadre de l'analgésie postopératoire par cathéter périmerveux; 2012 http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e987e318a5ee00d2f41ff6ef63c1969a.pdf.
- [21] SFAR. 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; 2011 <http://www.sfar.org/article/822/transfert-direct-vers-une-unite-d-hospitalisation-apres-alm-peripherique-sans-sedation>.
- [22] Bloc S, Mercadal L, Cuny P, et al. [Fast-tracking and regional anaesthesia: preliminary feasibility study]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29:716–9.
- [23] Beaussier M. Les limites du fast-tracking. In: JEPU, editor. *The Fast-Tracking*. Paris: CRI; 2013. p. 303–9.
- [24] SFAR. Communiqué du 26 déc. 2011. <http://www.sfar.org/accueil/article/834/communique-de-la-sfar-du-26-decembre-2011>.