

la chirurgie ambulatoire

Il s'agit là d'un transfert de culture de l'évaluation systématique de la qualité de la prise en charge issue de la chirurgie ambulatoire. Toute innovation en matière de prise en charge du patient, quel que soit le mode d'hospitalisation, doit s'accompagner du suivi d'indicateurs permettant de mesurer les progrès et de s'assurer que l'amélioration de l'efficacité ne se fait pas aux dépens de la qualité des soins.

En outre, un développement de nouvelles compétences soignantes va se mettre en place. La brièveté du séjour du patient dans l'UCA ainsi que la responsabilité confiée à son entourage nécessitent une observation et une prise en charge globale très spécifiques de la part de l'équipe soignante de l'UCA. Cette dernière se trouve en première ligne pour participer à l'évaluation de l'aptitude du patient à l'acte chirurgical puis à la sortie alors que les praticiens ne visitent le patient que ponctuellement. Cette spécialisation de l'équipe de soins auprès du patient ambulatoire est un gage de qualité et de sécurité de l'accompagnement. Ce dernier justifie l'exigence d'une équipe soignante dédiée à l'UCA. Il appuie également l'interdiction d'héberger des patients ambulatoires dans les unités d'hospitalisation conventionnelles où ils ne seraient pas individualisés et accompagnés comme tels par l'équipe de soins (proscription de la chirurgie dite «foraine»). L'équipe soignante de l'UCA se trouve donc confrontée à des responsabilités importantes tant en matière d'optimisation des flux de patients (apparition de nouvelles fonctions de type «gestionnaire de flux») qu'en termes d'évaluation du patient à l'entrée et à sa sortie de l'unité. La notion de «diagnostic infirmier» prend ici tout son sens surtout si les infirmières sont invitées à établir des scores de sortie dans le cadre d'une coopération professionnelle ou à évaluer par téléphone l'état de santé du patient lors de l'appel du lendemain. Quant à la secrétaire de l'UCA, elle peut assumer, sous l'autorité du cadre, la responsabilité de «gestionnaire des flux» de patients dans l'UCA, une tâche qui peut s'avérer complexe lorsqu'il s'agit d'organiser la rotation de plusieurs patients sur une même place. Ces nouvelles responsabilités confiées au personnel soignant en matière de prise en charge globale du patient ambulatoire peuvent également être mises à profit dans les unités d'hospitalisation conventionnelle, par exemple dans l'accueil des opérés le matin de l'intervention ou dans l'argumentation des décisions de sortie. Les bonnes pratiques soignantes observées dans l'UCA sont ainsi transposables dans les unités conventionnelles d'hospitalisation dont elles améliorent l'efficacité.

La responsabilisation du patient et de ses proches est primordiale. En effet, la brièveté du séjour hospitalier du patient ambulatoire suppose que le patient et son entourage assument, de façon autonome, une partie de la surveillance des phases préopératoires (ex : règles de jeûne, précautions d'hygiène, adaptation de traitements médicamenteux) et post-opératoires (ex : traitement antalgique, précautions à l'égard de la cicatrice, reprise de l'activité). Il y a donc un transfert de responsabilité vers le patient, ce qui implique en amont la nécessité d'une bonne information de ce dernier, de son adhésion au protocole de soins ainsi que de sa capacité à le respecter. Ce nouveau partage des rôles est de nature à faire du patient un acteur de sa santé plutôt qu'un consommateur passif de prestations de soins. Nul doute que cette innovation dans le partage des responsabilités, indispensable pour un séjour ambulatoire, pourra modifier le comportement du patient non seulement en hospitalisation conventionnelle mais également dans son parcours de santé extra-hospitalier.

La chirurgie ambulatoire en pratique

Il n'y a aucune différence entre un acte chirurgical en ambulatoire et en hospitalisa-

tion classique. L'acte chirurgical est identique à celui réalisé en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Il n'existe pas non plus de spécificité pour l'anesthésie. Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. L'analyse du triptyque patient-acte-structure détermine la décision du mode de prise en charge.

Quant à la structure, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de la tutelle en charge de la santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale. Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférerait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

Les spécificités organisationnelles et fonctionnelles de la chirurgie ambulatoire peuvent se décliner selon quatre modèles d'organisation ambulatoire et le choix organisationnel détermine l'architecture :

La responsabilisation du patient et de ses proches est primordiale. En effet, la brièveté du séjour hospitalier du patient ambulatoire suppose que le patient et son entourage assument, de façon autonome, une partie de la surveillance des phases préopératoires (ex : règles de jeûne, précautions d'hygiène, adaptation de traitements médicamenteux) et post-opératoires (ex : traitement antalgique, précautions à l'égard de la cicatrice, reprise de l'activité). Il y a donc un transfert de responsabilité vers le patient, ce qui implique en amont la nécessité d'une bonne information de ce dernier, de son adhésion au protocole de soins ainsi que de sa capacité à le respecter.

- les «structures intégrées» ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais localisés dans une unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun ;

- les «structures de fonctionnement autonome» disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel ;

- les «structures satellites» comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé ;

- les «structures indépendantes» (free standing centers) comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

La réglementation ne devrait pas imposer pas un modèle organisationnel particulier. Il est néanmoins précisé 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, soit :

- la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents ;

- la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ;

- un médecin coordinateur doit veiller au bon fonctionnement médical de l'établissement, et notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Quelles sont les étapes de la prise en charge du patient en ambulatoire ?

Les étapes de la prise en charge du patient en ambulatoire doivent être organisées afin de permettre la sortie du patient le jour même de son intervention dans des

conditions de sécurité optimale. Les quatre phases principales de la prise en charge sont :

- «l'évaluation préopératoire», au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer la sortie du patient ;

- la «phase opératoire» en elle-même ne présente pas de spécificité ;

- la «phase d'autorisation de sortie» repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure. Celui-ci précise 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 le numéro d'urgence à joindre ;

- le «suivi du patient» est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention.

La coordination renforcée des différents acteurs permet le bon déroulement de ces

étapes et d'optimiser le flux des patients au sein de la structure.

Comment est assurée la continuité des soins ?

L'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où elle n'est pas en mesure de l'assurer elle-même, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé disposant d'un accueil permanent et de moyens de réanimation.

La coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, peut également contribuer à la continuité des soins. La procédure de l'appel du lendemain permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire. Dans tous les cas, l'organisation doit garantir l'accessibilité immédiate au dossier médical.

Quelle information est délivrée au patient ?

Le patient est l'acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire. Aussi, une information claire, précoce et réitérée, à chaque étape de sa prise en charge, est indispensable. L'information à délivrer concerne les mesures à prendre en préopératoire (notamment le jeûne, la gestion des traitements et les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie) et en postopératoire (conditions de sortie, nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge, méthodes d'analgesie postopératoires, modes de recours en cas d'événements non prévus).

Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants.

Quels sont les bénéfices pour les patients ?

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédi-

atrique et les personnes âgées. L'analyse des données disponibles ne remet pas en cause ce bénéfice, à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient.

- Le gain, en termes de diminution des infections associées aux soins, paraît réel puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.

- Les enquêtes rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire, et révèlent qu'une place très importante doit être accordée à l'information, à la communication et aux relations avec le personnel soignant.

En conclusion, la chirurgie ambulatoire n'est plus une alternative ! Tout aurait donc été décrit sur les conséquences bénéfiques du développement de la chirurgie ambulatoire ? Pas encore. Si l'intérêt économique pour les établissements (aux conditions tarifaires actuelles et sous réserve d'une organisation performante) est désormais démontré, aucune étude n'a encore prouvé le bénéfice économique que pourrait en tirer l'assurance maladie si elle ne peut profiter directement des gains d'efficacité hospitaliers. Il serait donc utile de conduire un travail d'évaluation des coûts complets, pour une même pathologie, d'une prise en charge ambulatoire comparée à une prise en charge hospitalière classique. Enfin, il est permis de s'interroger sur les conséquences éventuelles d'une augmentation de l'offre de soins en chirurgie induite par l'optimisation des installations hospitalières existantes si elle ne s'accompagne pas d'une réduction des surfaces hospitalières. Les avantages, voire les «gains» de la chirurgie ambulatoire, semblent indéniables, notamment en termes de qualité et sécurité des soins, satisfaction des patients, efficacité organisationnelle, décloisonnement entre la ville et l'hôpital, et notoriété de l'établissement. Il n'est donc plus l'heure, d'une part, de craindre ce type de prise en charge et, d'autre part, de convaincre de son bien-fondé mais bien d'accélérer son développement notamment du point de vue organisationnel. Au-delà des incitations nationales (certainement nécessaires mais pas suffisantes) cette évolution des pratiques professionnelles ne peut se faire sans le partenariat solide entre équipe soignante (médicale et paramédicale) et équipe de direction ; elle nécessitera de se rassembler autour du projet, notamment pour s'interroger sur le dimensionnement hospitalier optimal et sur son impact financier.

En outre, cette évolution organisationnelle peut et doit nécessairement bénéficier, par extension, à l'ensemble de la prise en charge hospitalière (hospitalisations complètes, ou non, de médecine et de chirurgie) pour centrer l'hôpital sur ce qui devrait être son offre cible : un plateau technique interventionnel spécialisé. L'hôpital ne doit plus être un lieu de convergence ; il doit s'insérer dans le parcours de santé du patient pour son recours optimal, le plus proche possible du «juste soin». Nous devrions, en Algérie, nous y mettre de manière intense et pouvoir rattraper le retard (qui n'en est pas un), notamment parce que les nouvelles technologies du soin, comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettent de gagner en qualité de sécurité dans ces chirurgies ambulatoires.

Nous devons le faire aussi pour permettre une meilleure allocation des ressources dans un système de soins qui peine à redéployer ses moyens vers les innovations.

K. S.

*** Professeur des universités, directeur de recherches, service d'immunologie des transplantations CHU de Lyon, France.**