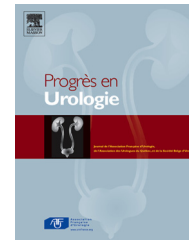




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## ÉDITORIAL

# La chirurgie ambulatoire, source de publications

## The ambulatory surgery, source of publications

### MOTS CLÉS

Ambulatoire ;  
 Chirurgie ;  
 Publications

### KEYWORDS

Ambulatory;  
 Surgery;  
 Publications

La chirurgie ambulatoire est à la mode. Le développement de la chirurgie ambulatoire est inéluctable, elle correspond à la fois à une demande de nos patients, mais aussi à une volonté affichée de nos établissements de santé, de nos agences régionales de santé (ARS), de l'assurance maladie, de la direction des hôpitaux, de la Haute Autorité de santé, de l'agence nationale d'appui à la performance et de nombreuses sociétés savantes.

La chirurgie ambulatoire doit être vue comme source de progrès par les urologues (pourtant fréquemment frein à son développement). Le bénéfice pour la société dans laquelle nous exerçons est clair ; principalement par un coût moindre pour une plus grande satisfaction des patients en termes de qualité.

L'Association française d'urologie présentera prochainement des recommandations concernant le mode de prise en charge ambulatoire.

*Progrès en Urologie* est de plus en plus sollicité par des articles concernant la chirurgie ambulatoire. Il nous a semblé utile de vous donner quelques éléments de réflexion.

### Comment définir la chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie ambulatoire concerne tous les gestes interventionnels effectués sur un plateau technique, avec un mode d'anesthésie variable, avec entrée et sortie du patient en hospitalisation le même jour, (sans nuit d'hospitalisation) ; hors actes externes et endoscopie.

Cette définition indique que :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ou au bloc mais sans hospitalisation ;
- alors qu'au niveau international, la chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, en France la contrainte de temps est plus forte, la durée de présence dans la structure étant de 12 heures au maximum ; sans nuit d'hospitalisation ;
- la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

La question de la faisabilité est souvent posée, qu'est-ce-que la faisabilité en ambulatoire ? Quels peuvent être les critères de réussite et d'évaluation de ce mode de prise en charge ambulatoire ?

## Faisabilité

En management ; l'étude de faisabilité dans la gestion de projet est une étude qui tend à prouver que le projet est techniquement faisable et économiquement rentable. Pour nous urologues, la faisabilité comporte un élément essentiel supplémentaire, l'éthique, un mode de prise en charge ambulatoire doit d'abord rendre service au patient et être source d'amélioration et de progrès pour sa prise en charge.

La philosophie de l'ambulatoire : c'est réaliser un acte chirurgical avec entrée et sortie du patient le même jour dans une unité d'hospitalisation dédiée avec une équipe dédiée. Ce séjour s'inscrit dans un circuit complexe d'anticipation, d'accueil et d'organisation spécifique dans une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) dédiée avec du personnel formé à la culture ambulatoire qui assure la continuité des soins à la sortie de l'unité. C'est donc une organisation particulière centrée sur le patient.

C'est l'organisation médicale qui va permettre de réaliser en ambulatoire, une intervention chirurgicale jusqu'à présent réalisée en hospitalisation de plusieurs jours. Sont donc faisables en ambulatoire, tous les gestes chirurgicaux réalisés dans des conditions de qualité et de sécurité identiques à l'hospitalisation classique.

## Quels gestes chirurgicaux peuvent ou non être réalisés en ambulatoires ?

Ce n'est jamais le geste chirurgical qui est ou non ambulatoire, c'est toujours l'association geste chirurgical, patient et organisation, certaines équipes entraînées sont déjà aujourd'hui capables d'effectuer des promontofixations coelioscopiques en ambulatoire, des urétéroscopies souples laser en ambulatoire, dans d'autres spécialités, la chirurgie thyroïdienne, la chirurgie de l'hypophyse, la surrénalectomie, la chirurgie du méga-œsophage, la chirurgie bariatrique, des prothèses totales de genou ou de hanche sont effectuées en ambulatoire. Cela nécessite une organisation ambulatoire performante, avec une structure d'hospitalisation dédiée, une continuité des soins assurée par les opérateurs ou la structure de chirurgie ambulatoire, cette continuité des soins doit être performante, le suivi du patient pouvant être fait à domicile par une infirmière libérale, le suivi téléphonique par l'opérateur ou l'unité d'hospitalisation ambulatoire est réalisé par certaines équipes deux fois par jours pendant plusieurs jours.

On ne peut transférer en ambulatoire, un geste effectué en hospitalisation classique, qu'avec une méthodologie précise. Elle doit correspondre à une approche progressive, multidisciplinaire incluant les anesthésistes, l'équipe de soins infirmiers et doit correspondre à une demande des patients les plus motivés.

## Quels peuvent être les critères de choix pour réussir une prise en charge ambulatoire ?

Ils vont concerner à la fois la préparation du geste, le geste lui-même et le suivi postopératoire.

La préparation du geste en dehors des critères généraux d'éligibilité doivent être précisés en fonction du geste, les critères d'exclusion (pour les interventions simples, les critères de comorbidités tombent les uns après les autres, que ce soit le poids, le score American Society of Anesthesiologists (ASA), l'apnée du sommeil ou l'âge, les traitements anti-agrégants, voire anticoagulants).

Un point important concerne l'information délivrée au patient, qui en ambulatoire, participe activement à sa prise en charge, l'hyperhydratation préopératoire étant particulièrement favorable à la réussite ambulatoire en urologie (les critères de jeune anesthésique permettent les liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'intervention, SFAR Nathan 2009).

Les critères de choix pour réussir concernent également, le geste lui-même, le type d'anesthésie, la technique chirurgicale et la structure d'hospitalisation.

Le type d'anesthésie doit être précisé, la prémédication souvent allégée, l'anesthésie multimodale qui minimise en règle générale l'usage des morphiniques, prévient les nausées et vomissements après avoir évalué ce risque.

La technique chirurgicale est souvent simplifiée (améliorée?) pour permettre l'ambulatoire, suppression de drainage, mise en place de double J, absence de sondage postopératoire, instillation ou infiltration d'anesthésiques locaux.

Il est capital de préciser si ce geste a été effectué dans une structure dédiée de chirurgie ambulatoire, ou dans un service d'hospitalisation traditionnelle. Il est souvent instructif pour les lecteurs de pouvoir prendre connaissance du chemin clinique écrit pour le geste réalisé, (le chemin clinique c'est écrire qui fait quoi, quand et comment, de la consultation du médecin généraliste préopératoire à la consultation postopératoire de l'urologue). Préciser la durée de séjour en heures est souvent intéressante, ainsi que les critères de sortie, score de sortie mise en place et éventuelle évaluation du résidu par échographie.

Le suivi à domicile et la continuité des soins est un impératif pour faire de l'ambulatoire. Ceux-ci doivent être organisés par l'Unité de chirurgie ambulatoire et relèvent de la responsabilité des opérateurs. Les Unités de chirurgie ambulatoire performantes réalisent pour des gestes complexes, un suivi à domicile systématique, il est également instructif pour les lecteurs de savoir quel suivi à domicile a été mis en place, quelles complications sont apparues, comment ont-elles été gérées.

La prise en charge de la douleur peut être précisée quant aux différents modes utilisés (anesthésiques locaux, anti-inflammatoires, antalgiques, refroidissement, bouée, pansements particuliers). Le moment de la sortie du patient de l'Unité de chirurgie ambulatoire est une responsabilité importante qui doit être validée par le chirurgien et l'anesthésiste, elle peut être anticipée, son organisation doit être précisée.

## Comment évaluer le mode de prise en charge ambulatoire ?

Il concerne à la fois le patient et l'organisation.

Le patient est au centre du « dispositif ambulatoire » ; doivent être évalués les facteurs limitant l'ambulatoire que

sont la douleur, les nausées, les vomissements, l'anxiété, la sécurité; tout particulièrement en urologie, la reprise des mictions, l'éventuelle hématurie; et la satisfaction du patient. La question essentielle concernant la satisfaction du patient est la question posée lors de la consultation postopératoire: «le referiez-vous en ambulatoire? Ou préféreriez-vous une hospitalisation traditionnelle?». Les autres questions sur la satisfaction du patient pourraient porter sur son accueil et admission, ses conditions d'hébergement, sa satisfaction quant à l'information donnée, ses conditions de sortie (réponses souvent instructives pour cette dernière question).

Les critères d'évaluation de l'organisation les plus fréquemment utilisés en chirurgie ambulatoire sont les quatre critères d'accréditation australienne et américaine (et de l'Association française de chirurgie ambulatoire [AFCA]), que sont l'annulation le jour même, le retour au bloc opératoire, la sortie retardée ou l'hospitalisation le soir même et la réhospitalisation. D'autres critères sont de plus en plus utilisés dans la démarche de gestion des risques (check-list, tenue du dossier, traçabilité), vous trouverez sur le portail HAS de nombreux documents.

Le taux de « complication ambulatoire » n'a de sens que s'il est lié au mode de prise en charge ou comparé à une hospitalisation conventionnelle. Il est le plus souvent fonction

du geste et indépendant du mode de prise en charge, hormis ce qui est établi (diminution des infections nosocomiales, des phlébites et de la confusion postopératoire).

Un critère d'évaluation dynamique est également très instructif, c'est le ratio ambulatoire et son évolution dans le temps, qui en fait, correspond à l'évaluation, non du patient ou de l'organisation, mais à l'évaluation de l'urologue lui-même ou/et de son équipe.

Ces « instructions aux auteurs » ne sont que des conseils aux auteurs, qui je pense, pourraient être faits par tout lecteur urologue qui attend d'un article de *Progrès en Urologie*, des pistes pratiques d'amélioration continue dans le cadre de son développement professionnel continu et pour le bien de ses patients.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

G. Cuvelier

Unité de chirurgie ambulatoire, CHIC Cornouaille,  
14, avenue Yves-Thépot, 29107 Quimper, France

Adresse e-mail : [g.cuvelier@ch-cornouaille.fr](mailto:g.cuvelier@ch-cornouaille.fr)