



tribunes

Chirurgie ambulatoire : regard sur les pratiques à l'étranger

Tous les pays, quel que soit leur système de santé, ont amorcé ou déployé, parfois depuis plus de vingt voire trente ans, un virage ambulatoire. De ce fait, leurs pratiques présentent des spécificités dont les politiques peuvent s'inspirer.

Corinne Vons

Chirurgienne de l'appareil digestif, APHP, hôpital Jean Verdier, Bondy, faculté de médecine Sorbonne Paris 13, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire

Le virage en chirurgie ambulatoire, amorcé en France en 2010, s'inscrit dans une évolution internationale, partagée par tous les pays, quelles que soient les différences entre leurs systèmes de santé (tableau 1). La France est membre de l'International Association for Ambulatory (IAAS) depuis sa création, en 1995, et l'Afca (Association française de chirurgie ambulatoire) rencontre régulièrement ses homologues étrangers. Connaître, partager la politique mais aussi les pratiques de nos collègues étrangers est particulièrement intéressant.

Les définitions de la chirurgie ambulatoire à l'étranger sont semblables à celles de la France. Dans cinq domaines, toutefois, certaines différences méritent d'être notées.

Des structures de chirurgie ambulatoire indépendantes

Si des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) existent dans tous les hôpitaux, il existe, à l'étranger, des structures situées en dehors des hôpitaux qui réalisent de la chirurgie ambulatoire.

1. Les cabinets de chirurgie (*Office Based Surgery* ou chirurgie de cabinet) où sont réalisés des actes de chirurgie hors bloc opératoire (lire p. 32).

2. Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Center, ASC*) aux États-Unis, les centres médicaux spécialisés (CMS) au Canada, les *free standing centers* en Australie sont entièrement dédiés à la chirurgie ambulatoire. Aux États-Unis, depuis 2017, plus de la moitié de la chirurgie ambulatoire est pratiquée dans les ASC.

Ces centres indépendants de chirurgie ambulatoire ont montré qu'ils associaient

tableau 1

Taux d'actes de chirurgie ambulatoire déclarés par les représentants de pays membres de l'assemblée générale de l'IAAS

Pays	Taux de chirurgie ambulatoire
États-Unis	65-85 %
Australie	95 %
Danemark	60-70 %
Royaume-Uni	60-85 %
Belgique	50 %
Pays Bas	70 %
Finlande	NR
Italie	45 %
Espagne	47 %
Portugal	65 %*
Inde	15 %
France	59 %

NR : non rapporté.

* Inclus les séjours de 23 heures (pour tous les autres pays, séjours de moins de 12 heures).

qualité et performance. Leur marché devrait encore croître de 30 % dans le monde entier.

Une politique ferme et active de gestion des flux des patients

À date, le principal indice de performance (et de « qualité ») d'un bloc opératoire en France est le

taux d'utilisation de chaque salle d'opération. Le regard sur les pratiques à l'étranger montre qu'optimiser isolément une étape du processus de la chirurgie ambulatoire est sans intérêt voire impossible, sans un contrôle simultané de l'ensemble du cheminement du patient depuis l'arrivée jusqu'au départ : c'est ce que l'on appelle « la gestion du flux des patients ».

Tous les pays recommandent cette séparation des flux. Citons la British Ambulatory Day Surgery (BADs) : « *L'ensemble du processus de chirurgie ambulatoire doit être entrepris dans une UCA dédiée, [...] séparée et solidement protégés des patients hébergés*¹. » Nous connaissons bien cet « objectif » en France, qui n'est pas toujours atteint, ni même parfois envisagé.

La gestion des flux par le biais d'une unité dédiée, avec bloc dédié, entraîne une productivité accrue et de meilleurs résultats de la chirurgie ambulatoire². Les centres indépendants de chirurgie ambulatoire américains en sont la démonstration.

Une éligibilité moins restrictive des patients et des actes

Éligibilité des actes selon la durée

La durée de l'acte chirurgical reste un facteur limitant pour l'éligibilité des actes à la chirurgie ambulatoire en France. Il n'en est pas de même à l'étranger. Selon la British Ambulatory Day Surgery : « *Les actes chirurgicaux d'une durée de 3 à 4 heures sont pratiqués en routine en ambulatoire en Angleterre*³. »

Éligibilité des patients selon la disponibilité d'un accompagnant

La plupart des pays exigent un accompagnant pour le retour au domicile du patient uniquement après une anesthésie générale ou sédation (AG). Cette norme est établie depuis toujours, malgré le manque de preuves cliniques montrant qu'elle améliore la sécurité des patients. De nombreuses équipes à l'étranger recherchent un test pour évaluer certaines facultés des patients avant leur sortie après une anesthésie générale, et pour autoriser leur retour sans accompagnant⁴.

1. British Ambulatory Day Surgery. https://www.cpsc.org.uk/sites/cpsc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf

2. <https://daysurgeryuk.net/en/resources/journal-of-oneday-surgery/?u=/2020-journal/jods-302-may-2020/the-benefits-of-a-dedicated-day-surgery-unit/>

3. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

4. Walsh M. T. « Discharging select patients without an escort after ambulatory anesthesia : Identifying return to baseline function ». *Current Opinion in Anesthesiology*, 2021, 34, 703-8.

tableau 2

Suivi des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients après chirurgie ambulatoire à l'étranger (pays membres de l'IAAS)

Pays	Suivi des annulations	Suivi des conversions	Suivi des réadmissions à 30 j
États-Unis	●	●	●
Australie	●	●	
Espagne	●	●	●
Pays Bas			
Inde	●	●	●
Royaume-Uni	●	●	●
Portugal	●	●	
Belgique	●	●	
Danemark	●	●	●
Italie	●	●	●
Finlande	●		
France			

Les pratiques à l'étranger montrent que la présence d'un accompagnant la première nuit n'est plus systématiquement requise. Sa pertinence a été remise en cause dans plusieurs études. Pour la *British Ambulatory Day Surgery*, la présence d'un accompagnant systématiquement la première nuit après une chirurgie ambulatoire n'est plus nécessaire⁵.

Une place et des responsabilités plus importantes pour les infirmières

En Europe, l'évaluation préopératoire des patients peut être réalisée par une infirmière lors d'une consultation^{6,7}. En Angleterre, les évaluations préanesthésiques sont toutes faites par des infirmières pour les patients sans comorbidité.

Les sorties de chirurgie ambulatoire sont validées par des infirmières formées selon un protocole établi avec les médecins, dans dix des onze pays audités (sauf la Belgique).

5. British Ambulatory Day Surgery, *ibidem*.

6. Stomberg M. W., Brattwall M., Jakobsson J. G. « Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey ». *International Journal of Surgery*, 2013, 11, 178-82.

7. Mitchell M. « Day surgery nurses' selection of patient preoperative information ». *J Clin Nurs*, 2017, 26, 225-37.

Un suivi continu de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Dans de nombreux pays, la qualité des soins en chirurgie ambulatoire est évaluée en suivant les indicateurs de qualité internationaux (IAAS) de la chirurgie ambulatoire (tableau 2).

Conclusions

Les concepts de chirurgie ambulatoire sont les mêmes en France et à l'étranger. Mais il existe quelques différences à l'étranger, en raison probablement d'une plus longue expérience de la chirurgie ambulatoire :

1. une politique ferme de séparation des centres de chirurgie ambulatoire des autres hôpitaux, avec des blocs plus souvent dédiés ;
2. une politique encore très active de la gestion séparée des flux des patients ;
3. des critères d'éligibilité des patients devenus moins restrictifs.

Mais aussi en raison d'une culture de l'organisation des soins différente : plus en équipe, avec un rôle plus important des infirmières, réalisant l'évaluation en préopératoire, validant les sorties, et la culture d'une évaluation continue des résultats de la chirurgie ambulatoire intégrée à la pratique. Elle est particulièrement pertinente pour la réussite en chirurgie ambulatoire. Comment ne pas s'en inspirer ? ➔